



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

Irma Rybakovienė
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ
RESTRUKTŪRIZACIJOS REZULTATŲ VERTINIMAS:
VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS JURBARKO LIGONINĖ ATVEJIS

Baigiamasis magistro projektas

Vadovas
Doc. dr. Gintaras Žilinskas

Kaunas 2017

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETA

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZACIJOS REZULTATŲ
VERTINIMAS:

VIŠOSIOS ĮSTAIGOS JURBARKO LIGONINĖ ATVEJIS

Baigiamasis magistro projektas

Viešoji politika (kodas 621L22008)

Vadovas

(parašas) Doc. dr. Gintaras Žilinskas

(data)

Recenzentas

(parašas) Dr. Ligita Šarkutė

(data)

Projektą atliko

(parašas) Irma Rybakovienė

(data)

KAUNAS, 2017



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų

(Fakultetas)

Irma Rybakovienė

(Studento vardas, pavardė)

Viešoji politika, SMTV-4/3

(Studijų programa, kursas)

Baigiamojo projekto „Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas:

Viešosios įstaigos Jurbarko ligoninė atvejis“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 17 m. gegužės 29 d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Irmos Rybakovienės**, baigiamasis projektas tema „Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas: Viešosios įstaigos Jurbarko ligoninė atvejis“ yra parašytas visiškai savarankiškai ir 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)

Rybakovienė, Irma. *The Evaluation of Healthcare Institutions and Service Restructuring Outcome: Case Study of Public Institution Jurbarkas Hospital*. Master's thesis in Political Science / supervisor assoc. prof. Gintaras Žilinskas. The Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Research area and field: 02 S

Key words: health system, health system reform, restructuring of healthcare establishments and services, healthcare services, healthcare establishments, Jurbarkas hospital.

Kaunas, 2017. 65 p.

SUMMARY

The Relevance of the Subject. Health and its well-being are recognised as objectives at global level which are currently qualified as the fundamental human rights and constitute an important part of a balanced economic and social development, and represent our daily resources. Shaping correct health policy allows us to better protect health of citizens, ensure effective treatment of diseases and injuries, and develop healthy lifestyle skills. Restructuring of healthcare institutions enables us to setup a more efficient structure of health establishments and services. Scientific Novelty. There have been enough scientific publications in Lithuania addressing healthcare reforms to be able to analyse and draw conclusions. Most politicians and analysts only look into health reform at national level and rarely go into the question on regional and local levels to see how healthcare establishments in district municipalities perform in implementing the programmes devised by the Government. However, it should be admitted that no scientific research has been done to assess the restructuring of healthcare establishments and services at district level. Research Question. Assessment of Public institution Jurbarkas hospital activities in the context of restructuring healthcare establishments and services. The Object of the Research. Public institution Jurbarkas hospital and restructuring of their services. The Subject Matter of the Research. Assessment of the restructuring of healthcare establishments and services. The aim of the Project is to assess the results of the restructuring of healthcare establishments and services in Public institution Jurbarkas hospital. Research Objectives: 1. To define the concepts of public governance reform and health policy assessment. 2. To disclose the features of the restructuring of healthcare establishments and services. 3. To analyse the legal framework of the restructuring of healthcare establishments and services in Lithuania. 4. To look deeper at the assessment of the results of the restructuring of healthcare establishments and services. 5. To determine the effects of the restructuring of healthcare establishments and services on activities of Public institution Jurbarkas hospital. Research Methods Used in the Project: analysis of scientific literature, legislation, and statistical information. Project Structure: In order to

elaborate on the selected topic, the concepts of public governance reform, health reform and policy assessment have been defined. The research has addressed the stages and directions of the restructuring of healthcare establishments and services, and aimed at assessing the results of a three-stage restructuring. National legislation has been analysed in order to examine the legal framework for health reform in Lithuania. Statistical information has been analysed in order to assess the results of the restructuring of healthcare establishments and services in Public institution Jurbarkas hospital during the period 2003–2012. The Project is comprised of 65 pages, 15 tables, and 12 figures. It has referred to 46 sources of scientific literature, 24 legal acts and data sources.

TURINYS

LENTELĖS.....	7
PAVEIKSLAI.....	7
SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS.....	8
ĮVADAS.....	9
1.VIEŠOJO VALDYMO REFORMOS IR SVEIKATOS POLITIKOS VERTINIMO SAMPRATOS.....	12
1.1. Viešojo valdymo reformos teoriniai aspektai.....	12
1.2. Sveikatos politikos veiksmingumo vertinimas.....	15
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO REZULTATŲ VERTINIMAS.....	22
2.1. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos priežastys.....	22
2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo teisinis reguliavimas.....	24
2.3. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapai ir kryptys.....	26
2.4. Pirmojo etapo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas.....	33
2.5. Antro etapo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas.....	35
2.6. Trečio etapo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas.....	37
3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO POVEIKIO VŠĮ JURBARKO LIGONINĖS VEIKLAI TYRIMAS.....	41
3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos poveikis vertinimas VŠĮ Jurbarko ligoninės veiklai, tyrimo metodika	41
3.2. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas VŠĮ Jurbarko ligoninėje.....	42
3.3. VŠĮ Jurbarko ligoninės veiklos kryptių, priemonių ir rezultatų apibendrinimas.....	55
IŠVADOS.....	58
REKOMENDACIJOS.....	59
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	60
ŠALTINIAI.....	64

LENTELĖS

1 lentelė. Politikos vertinimo kriterijai.....	18
2 lentelė. Viešosios politikos vertinimas.....	19
3 lentelė. Trys politikos vertinimo būdai.....	19
4 lentelė. Sveikatos priežiūros ir paslaugų restruktūrizacijos etapų tikslai.....	29
5 lentelė. Trijų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapų rezultatai.....	33
6 lentelė. Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai ir jų įvykdymo rezultatai.....	36
7 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapų vertinimo rezultatai.....	39
8 lentelė. Statistinių rodiklių reikšmės.....	42
9 lentelė. 2001 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai	44
10 lentelė. VšĮ Jurbarko ligoninės 2001 - 2005 metų veiklos analizė.....	46
11 lentelė. 2005 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai.....	47
12 lentelė. VšĮ Jurbarko ligoninės 2005-2008 metų veiklos analizė.....	48
13 lentelė. 2008 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai.....	49
14 lentelė. VšĮ Jurbarko ligoninės 2008-2012 metų veiklos analizė.....	51
15 lentelė. 2012 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai.....	51

PAVEIKSLAI

1 pav. Reformos scenarijus.....	14
2 pav. Vertinimo objektų įvairovė.....	15
3 pav. Formalaus vertinimo tipai.....	21
4 pav. Pagrindiniai reformuojami sveikatos priežiūros segmentai (hierarchine tvarka).....	23
5 pav. Pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai.....	25
6 pav. Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslai.....	34
7 pav. Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslai.....	36
8 pav. Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslai.....	38
9 pav. Faktinių lovų skaičius VšĮ Jurbarko ligoninėje.....	53
10 pav. Lovos funkcionavimo rodikliai VšĮ Jurbarko ligoninėje.....	54
11 pav. Lovos apyvartos rodikliai VšĮ Jurbarko ligoninėje.....	54
12 pav. Vidutinis gulėjimo laikas VšĮ Jurbarko ligoninėje.....	55

SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS

1. SPI – sveikatos priežiūros įstaiga.
2. ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga.
3. SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
4. ES – Europos Sąjunga.
5. LRV – Lietuvos respublikos vyriausybė.
6. VŠĮ – viešoji įstaiga.
7. PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas.
8. LR – Lietuvos Respublika.
9. GMP – greitosios medicinos pagalba.
10. TLK – Teritorinė ligonių kasa.

IVADAS

Temos aktualumas. Sveikata ir jos gerovė yra visuotiniai tikslai, kurie šiuo metu priskiriami prie pagrindinių žmogaus teisių ir yra svarbūs tolygaus ekonominio ir socialinio vystymosi komponentai bei kasdienio gyvenimo išteklių. Teisingas sveikatos politikos formavimas leidžia rūpintis piliečių sveikata ir efektyviu ligų ir traumų gydymu, sveikos gyvensenos įgūdžių lavinimu. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas leidžia suformuoti veiksmingesnę gydymo įstaigų ir paslaugų struktūrą. Ekonominiai ir žmogiškieji išteklių nukreipiami į pacientų poreikius, paslaugų kokybę ir veiklos veiksmingumą, sveikatos priežiūra tampa vis labiau orientuota į pacientą ir vis labiau individualizuota, kai pacientas tampa aktyviu sveikatos priežiūros subjektu, o ne vien tik šių paslaugų teikimo objektu (Jankauskienė, 2011, p.14). „Reformų vykdymas, jų valdymo principai viešajame sektoriuje šiandien dažniausiai vyksta pagal inkrementinio modelio scenarijų, kuris apima įvairių rūšių išteklių taupymą, racionalių sprendimų priėmimą, programinius valdymo elementus“ (Skardžiūtė, 2011.). Chlivickas, Domarkas, Gaulė ir kt., (2010) teigia, „kad remiantis šiuolaikinio viešojo valdymo esme, valstybės institucijos formuojamos siekiant taupyti išteklius, gerinti viešųjų paslaugų kokybę, tobulinti viešosios politikos formavimą ir įgyvendinimą“. Reikia sutikti su W. Parsonso (2001) išsakyta mintimi, kad įgyvendinant viešojo valdymo reformas itin išaugo globalūs įvairovės ir kompleksiško aspektai viešųjų organizacijų veiklos transformacijose, valstybės vidinių ir išorinių veiksnių ir faktorių sąsajose. „Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje jau siejamas su pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais, ir juos metodiškai vertinant, kuriamos atitinkamos sveikatos politikos strategijos bei priemonės“ (Jankauskienė, 2011, p.17). Stacionaro lovų perteklius, mažas jų užimtumas, per ilgą gydymo laiką, bei nebūtinai hospitalizacijos atvejai skatina kontroliuoti pacientų srautus ir atsižvelgti į realų hospitalizavimo poreikį. Senėjanti visuomenė reikalauja specifinių sveikatos paslaugų susijusių su lėtinėmis ligomis ir nepagydomų ligų būklėmis. Sprendžiant sveikatos problemas, dažnai sprendžiamos ir socialinės problemos, plečiant slaugos, palaikomojo gydymo, paliatyvios pagalbos ir geriatrijos paslaugas. Ambulatorinių paslaugų apimtį didinimas leidžia trumpinti gydymo laiką stacionarinio gydymo įstaigoje. „Sveikatos priežiūros reforma ne visada gali būti daugumos mėgiama, tačiau visada turi būti daugumai priimtina“ (Janušonis, 2011, p.5).

Mokslinis naujumas. Lietuvoje mokslinių publikacijų sveikatos priežiūros reformų tema yra publikuota pakankamai, kad būtų galima analizuoti ir daryti išvadas. Dauguma politikų ir analitikų sveikatos reformą mato valstybiniu mastu, tačiau retai įsigilina į regionines ir vietines mažesnių savivaldybių gydymo įstaigų problemas.

Užsienio literatūroje yra pateikiama mokslinių įžvalgų susijusių su sveikatos politika ir jos formavimu, lietuvių literatūroje ši tema taip pat plačiai išnagrinėta. Vieni pirmųjų sveikatos politikos ir valdymo vertinimo, visuomenės įtraukimo į sveikatos apsaugos sistemos gerinimo galimybes klausimus savo darbuose kėlė: Černiauskas, Schneideris, Murauskienė (1999, 2000), Misevičienė, Klumbienė, Tamošiūnas (2002), Jankauskienė, Pečiūra (2007) ir kiti. Sveikatos priežiūros paslaugų reformą aptarė Kalėdienė (2004), Dumčius (2008), Janušonis (2011). Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatus ir veiksmingumą analizavo Briaukuvienė, Martinkėnas, Jurgutis, Bumblys (2012), Jasiukaitienė, Sauliūnė (2014), Šilys, Gurevičius, Jogaitė (2016). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą analizavo Jankauskienė, Goštautaitė, Išganaitis (2007). Naujausius tyrimus sveikatos politikos srityje atliko Jakabas ir Tsourosas (2013), kurie išanalizavo „Sveikata 2020“ strategiją ir jos įgyvendinimo rezultatus, bei Pukinaitė (2015), ji pagrindė dimensijų taikymą „sveikatą visose politikose“. Tačiau mokslinių darbų, kuriuose būtų analizuojamos sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas rajono lygmens ligoninėse nėra. Tai paskatino analizuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimą VšĮ Jurbarko ligoninėje.

Tyrimo problema. VšĮ Jurbarko ligoninės veiklos vertinimas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo kontekste.

Tyrimo objektas. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo vertinimas.

Tyrimo dalykas. VšĮ Jurbarko ligoninė ir joje teikiamų paslaugų restruktūrizavimas.

Projekto tikslas. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo rezultatus Jurbarko ligoninėje.

Projekto uždaviniai.

1. Apibrėžti viešojo valdymo reformos ir sveikatos politikos vertinimo sampratas.
2. Atskleisti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo ypatumus.
3. Išanalizuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo teisinį reglamentavimą Lietuvoje.
4. Išanalizuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo rezultatų vertinimą.
5. Nustatyti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo įtaką Jurbarko ligoninės veiklai.

Projekte taikyti tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, teisės aktų analizė, statistinių duomenų analizė.

Projekto struktūra. Siekiant atskleisti pasirinktą temą, buvo apibūdintos viešojo valdymo reformos ir sveikatos reformos sąvokos, bei politikos vertinimo sampratos. Išnagrinėti sveikatos priežiūros įstaigų ir

paslaugų restruktūrizavimo etapai ir kryptys. Pateiktas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trijų etapų rezultatų vertinimas. Atlikta teisinės bazės analizė, siekiant išnagrinėti sveikatos reformos teisinį reglamentavimą Lietuvoje. Atlikta statistinių duomenų analizė, siekiant įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo rezultatus Jurbarko ligoninėje. Projektą sudaro 65 puslapiai, 15 lentelių, 12 paveikslų. Panaudota 46 mokslinės literatūros šaltiniai ir 24 teisės aktų ir duomenų šaltiniai.

1. VIEŠOJO VALDYMO REFORMOS IR SVEIKATOS POLITIKOS VERTINIMO SAMPRATOS

Šioje darbo dalyje paaiškinama sąvokos – reforma reikšmė. Taip pat analizuojami viešojo valdymo reformos ir sveikatos reformos aspektai. Pateikiama sveikatos politikos vertinimo koncepcija, politikos veiksmingumo vertinimo objektas ir kriterijai, politikos vertinimo požymiai ir skirtumai, bei vertinimo būdai. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos, pokyčių reikšmė visai sveikatos apsaugos sistemai. Šioje darbo dalyje lyginami moksliniai tyrimai bei koncepcijos, kuriose mokslininkai analizuoja ir pateikia reformos vertinimo teorijas ir politines gaires. Remiantis mokslininkų atliktų analizių duomenis ir darbo autoriaus atlikta lyginamąja analize, šioje darbo dalyje pateikiamas teorinis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo vertinimo modelis, kuris vėliau naudojamas praktinėje darbo dalyje.

1.1. Viešojo valdymo reformos teoriniai aspektai

Pasak Pollitto ir Bouckaerto (2003, p. 31) anglų kalboje žodžio „reforma“ viena iš reikšmių yra stipriai geras pokytis – sąmoningas judėjimas iš nelabai pageidaujamos padėties į labiau pageidaujamą padėtį. Šis terminas rodo ne visišką inovaciją, bet pertvarkymą to kas jau yra. Anot Halligano (1997, cit. Pollitt, Bouckaert, 2003, p. 33), reformos gali vykti skirtingais lygiais, būti siauresnės ar platesnės apimties. Jis reformas skirsto į:

1. Pirmo lygio – pripažintų praktikų pritaikymas ir gerinimas;
2. Antro lygio – naujų metodų parinkimas;
3. Trečio lygio – pokyčiai idėjų sistemose, sudarančiose bendruosius tikslus ir struktūras, kurios yra veiksmų gairės.

Pollittas ir Bouckaertas (2003, p. 21) teigia, jog yra daug įrodymų, kad vykdomos reformos gali būti nesėkmingos. Jos gali neatnešti laukiamos naudos, gali sukelti priešingą poveikį, kuris gali pabloginti tam tikrus procesus. Tai parodė siekiamybė sumažinti hospitalizacijų skaičių aktyvaus gydymo ligoninėse. Didelė tikimybė, kad stacionarizuojamų asmenų skaičius išaugo todėl, kad padaugėjo dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų, nes šios paslaugos vartotojų yra žymiai daugiau, dėl trumpalaikio gydymo.

Antra vertus, jeigu konkreti reforma pavyksta, pasiekiami vienas ar keli numatyti tikslai, nebūtinai ji bus sėkminga visais atžvilgiais (Dunsire, 1993, p. 29, cit. Pollitt, Bouckaert, 2003, p. 21). Ilgalaikio

gydymo paslauga slaugomiems pacientams nedavė tikėtos naudos, tol, kol šios paslaugos nebuvo pradėtos teikti kartu su socialinėmis paslaugomis.

Dažniausiai manoma, kad viešojo valdymo reforma – tai tik priemonė tikslui pasiekti, o ne pats tikslas, bet tai yra potenciali priemonė daugeliui tikslų pasiekti. Tie tikslai – tai valstybės išlaidų taupymas, viešųjų paslaugų kokybės gerinimas, valdžios veiklos našumo ir galimybių didinimas, kad pasirinkta ir įgyvendinama politika būtų veiksminga (Pollitt, Bouckaert, 2003, p. 20). Užsibrėžti tikslai turi būti realūs ir savalaikiai, jie turi atspindėti esamą situaciją ir norimą pasiekti rezultatą.

Kaip teigia Pollittas ir Bouckaertas (2003, p. 22) viešojo valdymo reformą sudaro sąmoningi pokyčiai viešojo sektoriaus organizacijų struktūrose ir procesuose, siekiant, kad jie veiktų geriau:

1. Struktūriniai pokyčiai – tai viešojo sektoriaus organizacijų sujungimas ar atskyrimas siekiant optimizuoti veiklą, atkreipiant dėmesį į svarbiausius veiksmus.

2. Procesiniai pokyčiai, tai sistemų pertvarkymas, standartus ir taisykles, kuriais remiantis bus siekiama užsibrėžtų tikslų.

Pagrindinis viešojo valdymo reformų tikslas yra, tiesiogiai paveikti sprendimų rengimą ir įgyvendinimą, planavimo, kontrolės ir vertinimo galimybes, t. y. svarbiausiu strateginiu uždaviniu laikomas viešojo valdymo ir viešojo sektoriaus veiklos efektyvumas (Raipa, 2009, p. 23). Viena plačiai paplitusių reformų priežasčių – riboti valstybės išlaidas, palengvinti biurokratizmo našumą ir pertvarkyti socialinę politiką. Socialiniai ir demografiniai pokyčiai yra kitas gana svarbus reformų pagrindas (Pollitt, Bouckaert, 2003, p. 44-45).

Tačiau reformų vykdymas, jų valdymo principai nėra lengvai sprendžiamas uždavinys. Viešojo valdymo reformoms šiuo metu didelę įtaką turi laiko faktorius, kadangi reformų rezultatai (pozityvūs ar negatyvūs) išryškėja tik praėjus tam tikram laikotarpiui. Todėl valdymo reformų struktūroje itin svarbus uždavinys tenka reformų strategijai nustatyti, jų detalizuotam formalizavimui. Klasikinėje aksiomoje teigiama, kad reformų politika arba strateginiai uždaviniai dažnai neįgyvendinami ne todėl, kad jų apskritai negalima įgyvendinti, o todėl kad reformų kryptys ir tendencijos yra prastai formuluojamos ir prognozuojamos (Raipa, 2009, p. 24).

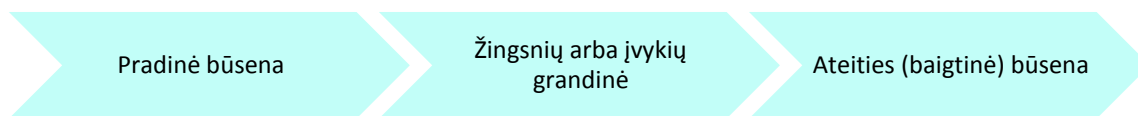
Racionalus viešųjų ir privačiųjų institucijų ir struktūrų veiklos derinimas teikiant kokybiškesnes paslaugas ir viešuosius produktus padeda geriau panaudoti inovatyvias formas, siekti visuomeninio gyvenimo standartų gerinimo, stiprinti partnerystę paremtus horizontalius ir vertikalius struktūrų ryšius (Raipa, Skietrys, 2009, p. 12-13).

Žinoma, sunkmetis įstaigų ir paslaugų reformavimui daro poveikį. Trūkstant lėšų ne visos institucijos gali sėkmingai tęsti pradėtas reformas. (Bartina, Bevito, 2006, cit. Raipa, 2009, p. 26-27).

Neretai vykdomos reformos ir pertvarkos įneša sumaištį į šalies ekonominę, politinę, socialinę erdvę, sukelia tam tikrus įtampos laukus tarp valdžios institucijų ir visuomenės interesų, tarp atskirų interesų grupių išprovokuoja konfliktines situacijas. Reformų konstruktoriai, siekdami prisitaikyti prie esamų ekonominių-finansinių aplinkybių, dažnai priima skubotus (kartais net nelogiškus) sprendimus (Raipa, 2009, p. 29).

„Sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti“ (Janušonis, 2011, p.5). Šiuo atveju, sveikatos apsaugos sistemos lėšų taupymas, kokybiškų ir prieinamų paslaugų kūrimas, gydymo įstaigų pertvarkymas. Kita autorė Plaušinitienė (2011, p. 30) teigia, kad sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, o taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą.

Modernizavimas daugiausia priklauso nuo pagrindines reformų kryptis formuojančių politikų kompetencijos, jų gebėjimų planuoti, įgyvendinti, vertinti reformas ir jų pasekmes bei prognozuoti tolesnę jų eigą ir socialinių, ekonominių procesų poreikį (Raipa, 2009, p. 30).

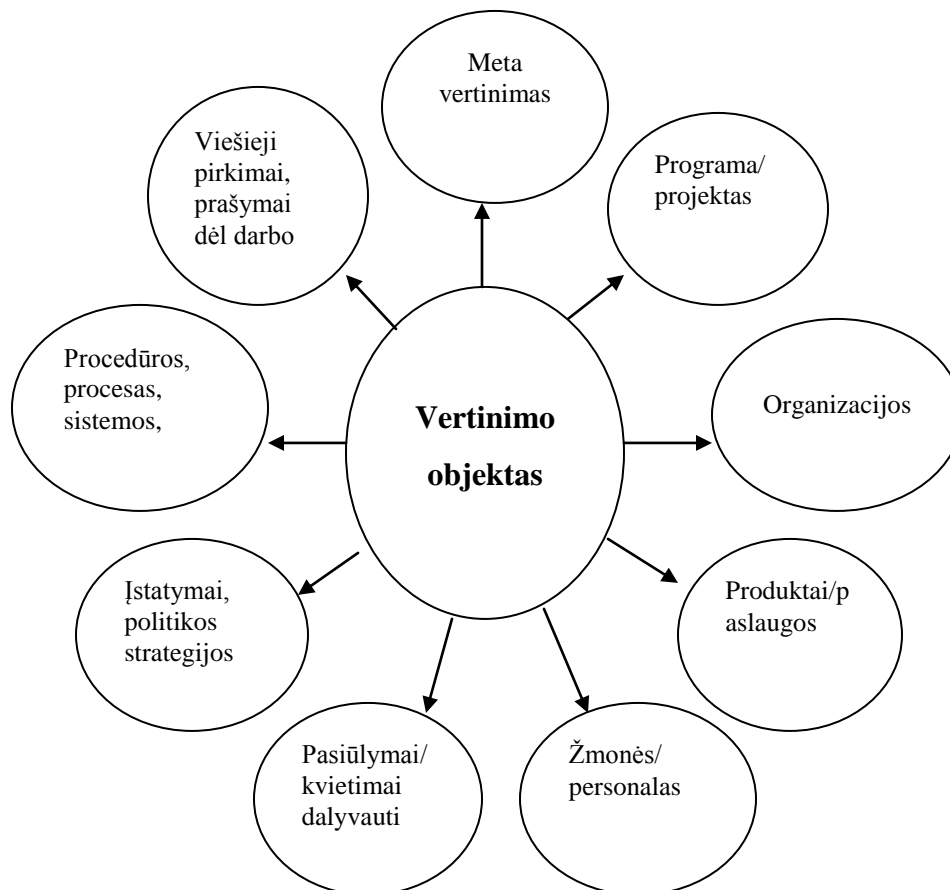


1 pav. Reformos scenarijus. Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Pollitt, Bouckaert, 2003, p. 81)

Kaip teigia autoriai Pollittas, Bouckaertas (2003, p. 81), reformos scenarijai nėra konkretūs (žr. 1 pav.). Kruopščiai išanalizuoti reformos elementai yra labiau išimtis negu taisyklė. Dėl tos priežasties sveikatos sistemos reformos rezultatai nebuvo visiškai tokie kokių tikėtasi. Pirmojo ir antrojo sveikatos priežiūros ir paslaugų restruktūrizacijos etapų rezultatai iš dalies pateisino lūkesčius, stacionarinis gydymas nemažėjo tokiais tempais, kaip buvo numatyta (Jurgutis, Vainiomaki, Stašys, 2011), ambulatorinių paslaugų plėtra buvo lėtesnė, dėl teritorinio ir organizacinio prieinamumo trūkumo kaimiškiems regionams (Milašauskienės, Juodrytės, Misevičienės, ir kt. 2006). Atsirado vienokių ar kitokių veiksmų, kurie nebuvo numatyti, planuojant restruktūrizacijos procesą. Todėl įvertinus praėjusių etapų rezultatus, formuojant kito etapo uždavinius ir tikslus buvo atsižvelgta į iškilusias problemas.

1.2. Sveikatos politikos veiksmingumo vertinimas

„Vertinimas – tai sistemingas tam tikro objekto vertinimo ir nuopelnų įvertinimas. Vertinimas yra sistemingas informacijos įgijimas ir įvertinimas, pateikiantis naudingą grįžtamąjį ryšį apie tam tikrą objektą“ (Trochim, 2006). Vertinimas gali reikšti dėmesio koncentraciją į procesą, vertinimo metu gauti rezultatai yra diagnostinio pobūdžio, parodantys, ką reikia tobulinti (Dvorak, 2011, p. 25). Pasak Dunno (2006, p. 355) kai politikos rezultatai yra vertingi, jie pasitarnauja tikslams ir siekiams. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo siekiamų rezultatų vertinimas, leido susidaryti nuomonę, ar pasirinktos kryptys yra teisingos, kokie tikslai turi būti formuojami ir įgyvendinami. Anot Pollitto ir Bouckaerto (2003, p. 107), reformos pagrindinis bruožas daugiau dėmesio skirti veiklos (rezultatų) vertinimui. Nagrinėjant vertinimo sąvoką, galima išskirti: nors vertinimo objekto nuopelnai gali būti labai gerai vertinami, jo vertinimas gali būti menkas. Objektai, kurie gali būti vertinami, apima daugelio viešojo sektoriaus organizacijų veiklos kryptių (Dvorak 2011, p. 26).



2pav. Vertinimo objektų įvairovė. Šaltinis: sudaryta Dvorako (2011, p. 27)

Pasak Dvorako (2011, p. 27) paslaugos vertinimas parodo (žr. 2 pav.), koks buvo politikos efektas. Proceso vertinimas analizuoja, kaip politika buvo įgyvendinama ir kaip veikė procesai. Metavertinimas

suprantamas kaip vertinamasis paties vertinimo (ar kelių vertinimų) tyrimas. Vertinant pasekmės poveikį, siekiama nustatyti visuomenėje įvykusius teigiamus arba neigiamus pokyčius.

Kaip teigia Dunnas (2006, p. 355) politikos vertinimas atlieka keletą funkcijų:

- ❖ Vertinimas teikia patikimą ir pagrįstą informaciją apie *politikos veiksmingumą*. Šiuo atveju vertinimas atskleidžia ambulatorinių paslaugų plėtros ir stacionariųjų paslaugų optimizavimo veiksmingumą, taip pat slaugos, medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų sferos stiprinimą.
- ❖ Vertinimas padeda *nuskaidrinti ir kritikuoti* vertybes, grindžiančias tikslų ir uždavinių pasirinkimą. Vietoje siauros specializacijos terapeuto atsiranda šeimos gydytojo institucija. Kaimiškose teritorijose skatinama kurti privačius ambulatorinio gydymo kabinetus. Nepagrįstai ilgą stacionarinį gydymą, keisti efektyvesne dienos chirurgija, dienos stacionaro paslauga.
- ❖ Vertinimas gali padėti taikant problemų *struktūrinimą ir rekomendavimą*. Problemas pertvarkyti ir apibrėžti iš naujo. Slaugos paslaugų teikimas turi būti derinamas su socialinės globos paslaugomis.

Pasak Dvorako (2011, p. 33) vertinimo funkcija reikalinga viešosios politikos planuotojams, politikams ir piliečiams. Tai yra suinteresuotosios pusės, kurioms rūpi, kaip finansiniai ir įmonių išteklių paskirstomi konkuruojantiems politiniams tikslams. Jie formuluoja vertintojams klausimus: kaip geriausiai panaudoti biudžeto išteklius ir kokios išteklių panaudojimo alternatyvos suteiks įmonėms daugiau naudos.

Politikos veiksmingumo vertinimo kriterijai leidžia daryti išvadas kiek pasiekta kiekvieno restruktūrizacijos etapo metu. Ar rezultatai pateisino lūkesčius. Atliekant visuomenės apklausas ir analizuojant gydymo įstaigų rezultatus stebimas laikotarpis leido vertinti rezultatus, sąnaudos ir naudos santykį. Politikos vertinimas – tai viešosios politikos padarinių išsiaiškinimas (Dye, 1987, cit. Parsons, 2001, p.782). Pasak Dvorako (2011, p. 45), politikos analizė yra perspektyvinio pobūdžio, nukreipta į tikėtinus efektus ir prognozes. O vertinimas yra retrospektyvinis, nukreiptas į tikrus efektus, kurie buvo pastebėti, jau atsirado arba dar atsiras. Politikos vertinimo ekspertas Carolas Weissas (1972, cit. Parsons, 2001, p.483) teigia, jog vertinimą nuo kitų politikos analizės formų skiria šeši požymiai:

- ❖ Vertinimas skiriamas sprendimų priėmėjams, tad jis vykdomas problemas analizuojant taip, kaip jas apibrėžia sprendimų priėmėjai, o ne tyrinėtojai.
- ❖ Savo pobūdžiu jis yra vertybinis. Tyrimas, remdamasis programos tikslais, siekia įvertinti rezultata.
- ❖ Tokie tyrimai paprastai vyksta politinėje, o ne akademinėje aplinkoje.

- ❖ Čia dažnai įvyksta tyrinėtojų ir praktikų konfliktų.
- ❖ Išvados paprastai neskelbiamos.
- ❖ Tyrinėtoją gali saistyti priklausomybė nuo finansuojančios institucijos.

Kitas autorius Williamas N. Dunnas (2006, p. 355) teigia, jog pagrindinis vertinimo bruožas yra tas, kad jį pasitelkus gauname rezultatus, kurie yra vertinamojo pobūdžio. Minėtas autorius išskiria keturis požymius, kurie vertinimą skiria nuo kitų politikos analizės metodų:

1. *Dėmesys vertybėms.* Vertinimas sutelkia dėmesį į sprendinius apie politikos ar programų pageidaujamumą arba vertingumą. Kadangi politikos tikslų ir uždavinių tinkamumu gali būti suabejojama, vertinimas apima ir pačių tikslų bei siekių įvertinimą.
2. *Faktų ir vertybių tarpusavio priklausomybė.* Norint tvirtinti, kad konkreti politika ar programa pasiekė aukštą ar žemą veiksmingumo lygį. Reikia, kad politikos padariniai būtų vertingi individui, grupei ar net visai visuomenei, kad politikos padariniai būtų pasekmė veiksmų kurių buvo imtasi norint išspręsti konkrečią problemą.
3. *Orientavimasis į dabartį ir praeitį.* Vertinimo tvirtinimai yra nukreipti į dabarties ir praeities padarinius, o ne į ateities padarinius. Vertinimas yra retrospektyvus ir vyksta po to, kai veiksmai jau atlikti. Rekomendavimas turintis vertybinių prielaidų yra perspektyvus ir vyksta prieš imantis veiksmų.
4. *Vertybių dvilypumas.* Vertimo tvirtinimų pagrindą sudarančios vertybės yra dvilypės, nes jos gali būti laikomos tiek tikslais, tiek priemonėmis. Vertinimas yra panašus į rekomendavimą tiek, kiek tam tikra vertybė gali būti vertinga savaime, arba pageidaujama, kad leidžia pasiekti kokį nors kitą tikslą.

Analizuojant politiką vertinimas atliekama keletą svarbių funkcijų. Pasak Dunno (2006, p. 355), šios funkcijos yra trys, pirma ir pati svarbiausia, kad vertinimas teikia patikimą ir pagrįstą informaciją apie *politikos veiksmingumą*. Kokiu mastu viešaisiais veiksmais buvo įgyvendinti poreikiai, vertybės ir galimybės. Šiuo atžvilgiu vertinimas atskleidžia ar pavyko įgyvendinti užsibrėžtus tikslus ir uždavinius. Ambulatorines paslaugas padaryti patrauklias ir labiau prieinamas pacientams, skatinant kurtis šeimos gydytojų kabinetus kaimiškose vietovėse, kad būtų patogų gyventojams nutolusiems nuo rajono centrų. Slaugos paslaugų plėtros rezultatus įtakojo integruota socialinių paslaugų sistema, lėtinių būklių gydymas ir slauga. Stacionarinio gydymo optimizavimas paskatino naujų paslaugų atsiradimą, bei lovardienų mažinimą.

Antra, vertinimas padeda *nuskaidrinti ir kritikuoti* vertybes, grindžiančias tikslų ir uždavinių pasirinkimą. Vertybės yra nuskaidrinamos apibrėžiant ir operacionalizuojant tikslus ir uždavinius.

Kritikuojamoms klausiant dėl tikslų ir uždavinių tinkamumo nagrinėjamos problemos atžvilgiu. Analitikai gali nagrinėti alternatyvius vertybių šaltinius ir tai, kaip vertybes grindžia skirtingos racionalumo formos (Dunn, 2006, p. 355).

Trečia, vertinimas gali padėti taikant kitus politikos analizės metodus, tarp jų *problemų struktūrinimą ir rekomendavimą*. Informacija apie nepakankamą politikos veiksmingumą gali pasitarnauti politikos problemų pertvarkymui, parodant, kad tikslai ir uždaviniai turėtų būti apibrėžti iš naujo. Vertinimas gali pagelbėti apibrėžiant naujas ar jau peržiūrėtas politikos alternatyvas, parodydamas, kad alternatyvos turėtų būti atsisakyta ar ji pakeista nauja (Dunn, 2006, p. 355),

Kaip teigia Dvorakas (2011, p. 37), formuojantys vertinimai įvertina ir padeda formuluoti programos tikslus bei prioritetus, pateikia planavimo kryptis vertinant veiksmų alternatyvas ir projekto planus, kartu padeda programą administruojantiems tarnautojams įvertinti viešosios politikos įgyvendinimą ir tarpinius rezultatus.

1 lentelė. Politikos vertinimo kriterijai

Kriterijaus tipas	Kausimas
Efektyvumas	Ar vertingas rezultatas buvo pasiektas?
Produktyvumas	Kiek pastangų reikėjo norint pasiekti vertingą rezultatą?
Pakankamumas	Kokiu mastu vertingo rezultato pasiekimas išsprendė problemą?
Teisingumas	Ar sąnaudos ir nauda buvo nešališkai paskirstyti skirtingoms grupėms?
Gebėjimas reaguoti	Ar politikos rezultatai patenkina tam tikrų grupių poreikius, pirmenybes ir vertybes?
Tinkamumas	Ar trokštami rezultatai (siekliai) yra iš tiesų vertingi?

Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Dunną, 2006, p.356)

Politikos vertinimo kriterijai yra taikomi retrospektyviai. Tai reiškia, kad jie taikomi įgyvendinus visą ar dalį politikos, tikintis išsiaiškinti kiek efektyvūs yra rezultatai ir ką galima ar reikia keisti. Pasak Dvorako (2011), vertinimu tobulinamas programos vykdymas ir rezultatyvumas, parodoma, kaip programos teikiamos ir valdomos. Įgyvendinus reformą (žr. 1 lent.) galima įvertinti ar pasiektas rezultatas yra vertingas, kokias problemas jis išsprendė. Kiek pastangų reikėjo įdėti norint pasiekti vertingą rezultatą, ar pasiektas rezultatas pateisina visų grupių lūkesčius. Trokštami rezultatai yra vertingi, ar keikia keisti tikslus ir uždavinius, kad juos pasiekti.

Apibendrinant galima pasakyti, kad kiekvienas restruktūrizacijos etapas buvo vertinamas ir tik po to tvirtinami sekančio etapo tikslai ir uždaviniai. Jie buvo koreguojami atlikus sveikatos politikos ir pasiektų rezultatų vertinimą ir priklausomi nuo to, ar užsibrėžti tikslai ir uždaviniai įgyvendinti ir ar pateisino reformos lūkesčius.

Pasak Dvorako (2011, p. 46), viešosios politikos vertinimas, neidentifikuoja problemų, kurios turi būti išspręstos. Vertinimo duomenys gali pasiūlyti sprendimus gerai apibrėžtomis problemoms (žr. 2 lent.)

2 lentelė. Viešosios politikos vertinimas

Pobūdis	Retrospektyvinis, tai reiškia, kad vertinimas vyksta po to, kai veiksmai jau atlikti.
Tyrimo metodai	Palyginamieji; eksperimentiniai; atvejų analizė.
Problemos apibrėžimas	Būtinai tikslus problemos apibrėžimas, susitarus dėl problemos (tyrimo objekto), susitarimas negali būti keičiamas.
Duomenų rinkimas	Renkami tipiška griežtos tyrinėjimo metodologijos pagalba.
Rezultatų pristatymas	Rezultatai pristatomi kaip atsakymai į vertinimo klausimus.

Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Dvoraką, 2011, p.46)

Pasak Dunno (2006, p. 357) vertinimas turi du tarpusavyje susijusius aspektus, tai įvairių metodų naudojimas siekiant atlikti viešosios politikos ir programų padarinių monitoringą, bei vertybių aibės taikymą siekiant nustatyti šių padarinių vertę asmeniui, grupei ar visuomenei. Todėl būtina išskirti keletą skirtingų vertinimo būdų (žr. 3 lent.):

3 lentelė. Trys politikos vertinimo būdai

BŪDAS	TIKSLAI	PRIELAIDOS	PAGRINDINĖS FORMOS
Pseudovertinimas	Naudojantis deskriptyviniais metodais pateikti patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos padarinius.	Vertės arba vertingumo matai yra akivaizdūs ir neginčytini.	Socialinis eksperimentavimas, Socialinių sistemų ataskaitos, Socialinis auditas, Tyrimo ir praktikos sintezė.
Formalus vertinimas	Naudojantis deskriptyviniais metodais pateikti patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos padarinius, kurie buvo oficialiai paskelbti kaip politikos programos uždaviniai.	Politikos formuotojų ir administratorių oficialiai paskelbti tikslai ir uždaviniai yra tinkami vertės arba vertingumo matai.	Raidos vertinimas, Eksperimentinis vertinimas, Retrospektyvus proceso vertinimas, Retrospektyvus padarinių vertinimas.
Sprendimų – teorinis Vertinimas	Naudojantis deskriptyviniais metodais pateikti patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos padarinius, kurių atvirai pageidauja daugelis suinteresuotų šalių.	Tiek oficialiai paskelbti, tiek paslėpti suinteresuotų šalių tikslai ir uždaviniai yra tinkami vertės arba vertingumo matai.	Įvertinamumo analizė, Daugiaatributinė naudingumo analizė.

Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Dunną 2006, p.357)

Politikos vertinimo būdai yra trys, Dunnas (2006, p.357-361) nurodo šių trijų vertinimo būdų apibrėžimus:

1. *Pseudovertinimas*, tai toks būdas, kai deskriptyviniai metodai naudojami pateikti patikimai ir pagrįstai informacijai apie politikos padarinius, nebandant suabejoti šių padarinių verte ar

vertingumu asmenims, grupėms, visuomenei. Pseudovertinimo prielaida – vertės ir vertingumo matai yra akivaizdūs ir neginčytini.

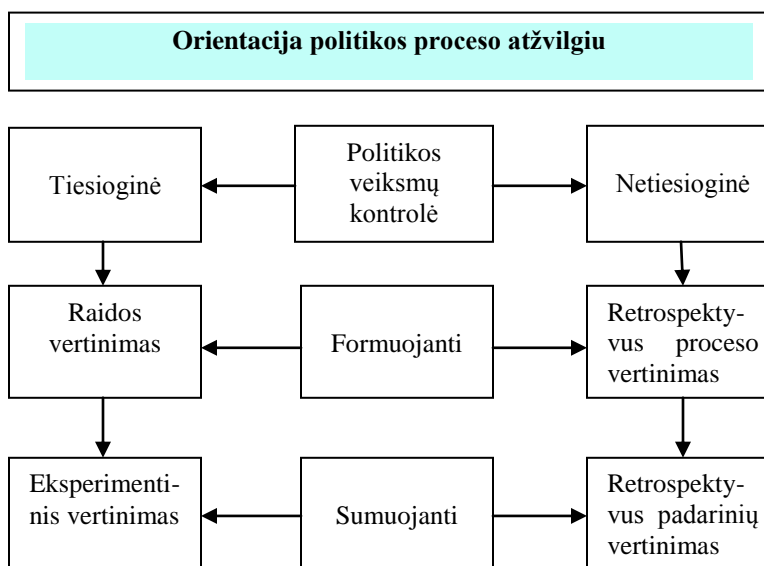
2. *Formalus vertinimas*, tai būdas, kai deskriptyviniai metodai naudojami pateikti patikimai ir pagrįstai informacijai apie politikos padarinius, bet šie padariniai vertinami remiantis politikos – programos uždaviniais, kuriuos oficialiai paskelbia politikos formuotojai ir programų organizatoriai. Formalaus vertinimo prielaida – oficialiai paskelbti tikslai ir uždaviniai yra tinkami politikos ir programų vertės ir vertingumo matai.

3. *Sprendimų – teorinis vertinimas*, tai toks būdas, kai naudojantis deskriptyviniais metodais siekiama pateikti patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos padarinius, kurių atvirai pageidauja suinteresuotos šalys.

Apibendrinat galima pasakyti, kad trijų vertinimo būdų panašumas yra tas, kad jie naudojami pateikti patikimai ir pagrįstai informacijai apie politikos padarinius. Įvykus sveikatos įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vienam iš etapų pateikiami rezultatai, kurie pateisina lūkesčius ir numato ką reikia tobulinti. Tai padariniai, kurie nurodo, kiek restruktūrizacijos etapas buvo veiksmingas. Tai reiškia kiek politika ar politikos programa įtakojo numatytus pokyčius, bei laukiamus rezultatus. Skirtumas kiek politikos programa vertinga, kokie pokyčiai pasiekti, kiek jie įtakoja įvairias grupes. Pseudovertinimo atveju, politikos padariniai yra akivaizdūs ir nenuginčijami pacientams, medikams, valstybei. Pacientams labiau prieinamos ir įvairesnės gydymo paslaugos. Medikams - didesnis darbo krūvis šeimos gydytojams, konsultantams, prarastos darbo vietos uždarytuose akušerijos ir chirurgijos skyriuose. Valstybė sutaupyta lėšas gali paskirstyti kitoms gydymo programoms ir paslaugoms kurti. Visa tai ra persipynę tarpusavyje, nes politikos padariniai įtakoja visas grupes. Formalus vertinimo būdas parodo, ar pasirinkti tikslai ir uždaviniai, kurie yra griežtai apibrėžti, pateisino lūkesčius, o gal juos reikia tobulinti arba keisti. Tikslai ir uždaviniai yra vertingumo matas, juos pakeitus, galima pakeisti ir politikos padarinius. Sprendimų – teorinis vertinimo būdas, teigia, kad politikos padarinius gali pateikti tokius, kokių pageidauja suinteresuotos šalys.

Sveikatos politikos programai vertinti buvo pasirinktas formalus vertinimo būdas. Pasak Dunno (2006, p. 358) vertinimas atliekamas siekiant pateikti patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos išėigos ir poveikių variacijas, kurios gali būti atsekamos iki politikos įvesties ir procesų. Tas pats autorius teigia, kad vienas pagrindinių vertinimo tipų yra sumuojantis vertinimas, kuris apima pastangas atlikti oficialų tikslų ir uždavinių įgyvendinimo monitoringą po to, kai politika jau yra vykdoma tam tikrą laiko tarpą. Dar vienas formalus vertinimo tipas yra formuojantis vertinimas. Jis apima pastangas vykdyti pastovų oficialių tikslų ir uždavinių įgyvendinimo monitoringą.

Sumuojantys ir formuojantys vertinimai gali tiesiogiai ir netiesiogiai kontroliuoti politikos įėigą ir procesus. Keturi formalaus vertinimo tipai , kiekvienas jų pagrįstas skirtinga orientacija politiko proceso atžvilgiu ir skirtingu veiksmų kontrolės tipu (Dunn 2006, p. 358).



3pav. Formalaus vertinimo tipai. Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Dunną, 2006, p. 359)

Dunnas (2006, p. 359) įvardija keturis formalaus vertinimo variantus (žr. 3 pav.): *Raidos vertinimas* nukreipta į vertinimo veiklą, kuri yra skirta kasdieniams programos personalo poreikiams. Sveikatos sistemoje galima naudoti naujų paslaugų atsiradimui, tokių kaip gerontologijos paslauga, paliatyviosios pagalbos paslauga. Jos abi atsirado iš slaugos paslaugos, siekiant paslaugas specifikuoti. *Retrospektyvus proceso vertinimas* yra programų monitoringas ir vertinimas jau po to, kai jos buvo vykdomos tam tikrą laiką. Hospitalizacijų skaičiaus mažėjimas, ryšium su stacionaro lovų skaičiaus mažinimu, ambulatorinės grandies optimizavimu. Nuolatinė stebėseną leidžia vertinti ir įgyvendinti programas, efektyviai paskirstyti lėšas. *Eksperimentinis vertinimas* yra padarinių monitoringas ir vertinimas, kai tiesiogiai kontroliuojami politikos įėiga ir procesai. *Retrospektyvus padarinių vertinimas* apima padarinių monitoringą ir vertinimą, bet neleidžia tiesiogiai kontroliuoti manipuluojamos politikos įėigos ir procesų. Trijų restruktūrizacijos etapų vertimas dviejų metų laiko intervalu. Kokie konkretūs poveikiai pasiekti, konkrečiu laiku.

Apibendrinat galima pasakyti, kad pasirinktas formalus vertinimo būdas leidžia gauti pagrįstą informaciją apie sveikatos reformos padarinius. Pateikia atsakymus į klausimus ar iškelti tikslai ir uždaviniai pateisino lūkesčius, bei pasiekė teigiamus rezultatus. Kokia įtaka padaryta pacientams, medikams ir visai gydymo sistemai. Taip pat leidžia pasvarstyti, bei daryti pokyčius norint sušvelninti padarinius ir gauti efektyviausius rezultatus.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZACIJOS REZULTATŲ VERTINIMAS

Šioje darbo dalyje atskleidžiama sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos samprata sveikatos politikos kontekste. Taip pat analizuojama sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos samprata ir raida, pokyčių reikšmė visai sveikatos apsaugos sistemai, formos ir uždaviniai. Šioje darbo dalyje lyginami moksliniai tyrimai bei koncepcijos, kuriose mokslininkai analizuoja ir pateikia sveikatos apsaugos reformos vertinimo teorijas ir politines gaires. Remiantis mokslininkų atliktų analizų duomenis ir darbo autoriaus atlikta lyginamąja analize, šioje darbo dalyje pateikiamas teorinis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo modelis, kuris vėliau naudojamas praktinėje darbo dalyje.

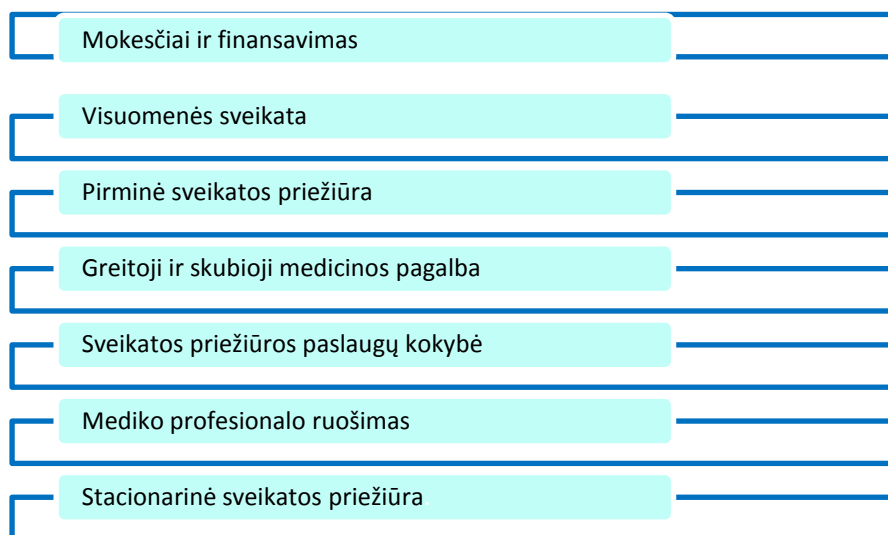
2.1 Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos priežastys

Atkūrus nepriklausomybę Lietuvoje, reikėjo reformuoti visą sveikatos priežiūros sistemą, kadangi ji rėmėsi Semaškos modeliu. Pasak L. Gudžinsko (2012, p. 63), šios sistemos esminiai principai: privataus sektoriaus nebuvimas, visiškai centralizuotas valdymas, sistemos paternalizmas. Šis modelis pasižymėjo tuo, kad visa sveikatos priežiūros sistema buvo finansuojama iš valstybės biudžeto. Tai reiškia, kad paslaugos teikiamos visiems gyventojams nemokamai. Neatsižvelgiant į realiai suteikiama paslaugas, taip pat nebuvo siekiama efektyviai panaudoti turimas lėšas. Todėl, kaip teigia Čepulytė, Palubinskienė (2008, p. 135), toks modelis turėjo daug minusų: nuo kokybiškų paslaugų nebuvimo iki labai didelių išlaidų. Dėl šios priežasties, praėjus keleriems metams, Lietuvoje įsigalėjo mišrus Beveridžo ir Bismarko sveikatos draudimo modelis.

Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos priežiūros sistemų reformos, Lietuva šiuo klausimu nėra išimtis. Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams. Pagrindinis šios reformos tikslas yra sukurti efektyvesnę asmens sveikatos priežiūros tinklą, bei racionalesnę sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, kuri užtikrintų kokybiškas paslaugas. „Sveikatos sistemos reformai, kaip nuolatiniam vyksmui, reikalingas efektyvumo didinimas, apimantis sveikatos sistemos strategijos kūrimą ir įgyvendinimą, finansų ir atsakomybės paskirstymą, tobulesnę sveikatos technologijas, šiuolaikinės komunikacijos, tarpsektorinius ir intresektorinius ryšius, žmoniškųjų išteklių planavimą ir rengimą. Minėtų veiksnių tinkamas parengimas ir įgyvendinimas yra esminė prielaida užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Apibendrinant šiuos faktus, galima teigti, jog nuo nepriklausomybės pradžios, mūsų šalies sveikatos sistema nuolat keitėsi. Pagrindinis sveikatos paslaugų finansavimo šaltinis

iki 1997 metų buvo lėšos iš valstybės biudžeto. 1997 metais įgyvendinta privalomojo sveikatos draudimo reforma, paremta privalomomis darbdavių ir darbuotojų įmokomis. Nuo 2009 metų Lietuvoje sveikatos priežiūra finansuojama privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. Ši sistema apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Prieš pradėdant kalbėti apie pagrindines sveikatos priežiūros sistemos permainas reikėtų apibrėžti sveikatos reformos sąvoką ir pagrindinius reformuojamus sveikatos priežiūros segmentus (žr. 4 pav.). Kaip teigia Janušonis (2012, p. 429) „Sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu valstybiniame ir privačiame sektoriuose ir prevencinėje ir gydomojoje, ir visuomenės sveikatos srityse, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą“.



4 pav. Pagrindiniai reformuojami sveikatos priežiūros segmentai (hierarchine tvarka). Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Janušonį, 2012)

„2002 m., suformuluota ir parengta, o 2003 m. patvirtinta, ilgalaikė sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo strategija. Ja siekta pagerinti paslaugų prieinamumą, kokybę bei sistemos funkcionavimo efektyvumą“ (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010).

Apibendrinant galima teigti, jog atgavus Nepriklausomybę paveldėta sveikatos apsaugos sistema reikalavo esminių pokyčių. Centralizuotas valdymas, neefektyvus lėšų panaudojimas, kokybiškų paslaugų nebuvimas, nepagrįstai ilgas gydymas stacionare, tai tik keletas priežasčių, kurios skatino sveikatos sistemos reformas. 2003 metai prasidėjusi sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacija leido efektyvinti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimą, gerinti paslaugų kokybę, skatinti konkurencingumą, bei gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą.

2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos teisinis reglamentavimas

Valstybės įsipareigojimas „rūpintis žmonių sveikata“ Lietuvoje įtvirtintas aukščiausiam šalies įstatyme Konstitucijoje (Špokienė, 2012, p. 7). Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnis teigia, kad „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“ (LR Konstitucija, 1992). Tai reiškia, kad kiekvienas asmuo turi teisį gauti kokybiškas ir savalaikes medicinos paslaugas, neatsižvelgiant į jo amžių, įsitikinimus socialinę, finansinę ar kitokią padėtį. Sveikatos paslaugos nėra statiškas dalykas, jos turi nuolatos keistis, bei prisitaikyti prie kintančio gyvenimo. „Sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti“ (Janušonis, 2011, p.5). Tas pats autorius teigia, kad daugumos šalių sveikatos priežiūros reformos kryptys yra paslaugų restruktūrizacija, decentralizacija, konkurencingumo ir įstaigų autonomijos didinimas. Sveikatos sistemos reformos yra vykdomos nuosekliai ir laipsniškai, remiantis įvairių interesų grupių susitarimu (Janušonis, 2011, p. 5).

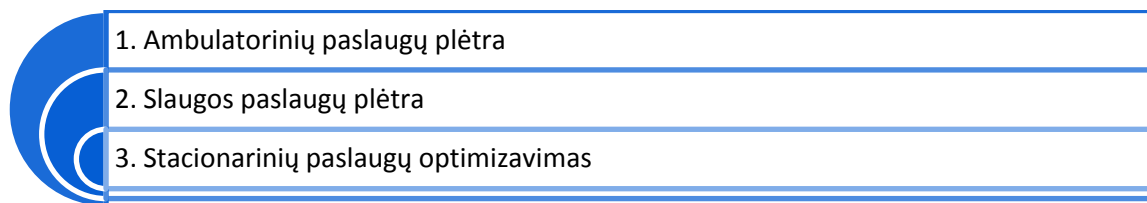
2001 metais liepos 12 dieną įsigaliojo Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Nr. IX-455 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės programos“, kuriame 2001-2004 metų laikotarpiui išsikeliama ambicingi valdymo principai, tarp jų ir sveikatos politikos srityje. Vyriausybės programos penktame skirsnyje „Sveikatos apsauga“ numatoma parengti įstatymus, aiškiai reglamentuojančius visuomenės sveikatos priežiūrą, sveikatos įstaigų optimizavimą, stiprinant ambulatorinę sveikatos priežiūros grandį, bei garantuojant būtiną stacionarinį gydymą. (LR Seimas, 2001)

2002 metų birželio 12 dieną, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras priima įsakymą Nr. 274, „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisijos sudarymo ir jos nuostatų patvirtinimo“ (SAM, 2002). Šio dokumento pagrindu buvo sudaryta kompetentinga komisija, daugiausia iš praktikų, gydymo įstaigų vadovų, savivaldybės gydytojų, kurie su sveikatos sistemos problemomis susiduria kasdieniniame save darbe. Pasak Jogaitės (2014), sudaryta komisija turėjo apsvarstyti ir parengti restruktūrizacijos projektą ir pateikti jį tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui. Pagrindinės šios strategijos nuostatos buvo suformuluotos ne tik atlikus išsamią Lietuvos sveikatos sistemos analizę, bet pasiremta ir sveikatos reformų rezultatų vertinimu Pabaltijo ir Europos Sąjungos valstybėse.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama valstybinę sveikatos politiką, įgyvendino tris sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapus. Šiuo metu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija įgyvendina ketvirtąjį sveikatos priežiūros įstaigų

restruktūrizavimo etapą, kuris turi būti baigtas 2017 metų gruodžio 31 diena. Kiekvienas iš šių etapų reglamentuotas atitinkamais Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais:

1. *Pirmasis etapas* patvirtintas 2003 metų kovo 18 diena, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, jis įgyvendintas 2003 – 2005 metų laikotarpiu (LR Vyriausybė, 2003).
2. *Antrasis etapas* patvirtintas 2006 metų birželio 29 diena, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, jis įgyvendintas 2006-2008 metų laikotarpiu (LR Vyriausybė, 2006).
3. *Trečiasis etapas* patvirtintas 2009 metų gruodžio 7 diena, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų r paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, jis įgyvendintas 2009 – 2012 metų laikotarpiu (LR Vyriausybė, 2009).
4. *Ketvirtasis etapas*, įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimo Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“ 185 priemonę „Siekiant efektyvaus nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ patvirtintas Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas, kuris bus įgyvendinamas iki 2017 m. gruodžio 31 d. (LR Vyriausybė, 2013) Visus tris etapus apjungė trys pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai (žr. 5 pav.):



1. Ambulatorinių paslaugų plėtra
2. Slaugos paslaugų plėtra
3. Stacionarinių paslaugų optimizavimas

5pav. Pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai. Šaltinis: sudaryta autorės pagal nutarimą Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos strategijos patvirtinimo (LR Vyriausybė, 2003)

Pirmiausia reikėtų apibrėžti, kas tai yra ambulatorinės, slaugos, bei stacionarinės paslaugos ir kuo jos skiriasi, nes pateikti nutarimai, apbrėžimų nenurodo.

1. *Ambulatorinės paslaugos* - gydomosios priežiūros paslaugos, teikiamos ambulatoriniams pacientams gydomosios priežiūros epizodo metu. Ambulatorinė sveikatos priežiūra – tai paslaugos, teikiamos ambulatorinės priežiūros įstaigose (Plaušinitienė 2008, p. 32).

2. *Slaugos paslaugos* - medicinos slaugos ir socialinės paslaugos, teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (Plaušinitienė 2008, p. 32).

3. *Stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos* – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios pagal nustatytus reikalavimus teikiamos ligoniui gydantis stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, ligoninėse, kuriose ligoniai stebimi ir gydomi ištisa parą ir ilgiau (LR Valstybės kontrolė, 2010).

Kaip matyti iš pateiktų apibrėžimų sveikatos sistemos reforma nukreipiama trimis kryptimis. Ambulatorinių paslaugų plėtra, tai pirminės grandies stiprinimas, šeimos gydytojo institucijos įtvirtinimas, ligų profilaktikos skatinimas, kuriant įvairias sveikatos programas. Didelis dėmesys skiriamas slaugos paslaugų plėtrai, skatinimui paslaugas jungti kartu su socialinėmis paslaugomis. Jas padaryti labiau prieinamas vyresnio amžiaus asmenims, turintiems ne tik sveikatos, bet ir socialinių problemų. Kadangi stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos iki restruktūrizacijos buvo didžiausios savo apimtimi, jas numatyta optimizuoti, t.y. supaprastinti, labiau orientuoti į sergančiųjų poreikius. Skatinti trumpalaikio gydymo formas, tokias kaip dienos stacionaras, dienos chirurgijos paslauga. Dalį stacionaro paslaugų perkelti ambulatorinių paslaugų teikėjams, taip mažinant kaštus ir užtikrinant efektyvesnį gydymą. Sveikatos paslaugų grandinė turi būti nuosekli. Kiekvienas atvejis yra unikalus ir gydymas turi atitikti atvejį, neskatinant naudotis paslaugomis, kurios gali būti išvengiamos arba nereikalingos.

2.3 Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapai ir kryptys

Sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje nuolat yra politinių institucijų akiratyje, nes visuomenės ir jos narių sveikata – tai ne tik medicininė ir socialinė, bet ir ekonominė bei politinė problema. Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos priežiūros sistemų reformos, Lietuva šiuo klausimu nėra išimtis. Reformos vyksta dėl to, kad gyventojų, politikų ir sveikatos priežiūros organizacijų vadovų netenkina esama padėtis sveikatos priežiūros finansavimo, organizavimo bei paslaugų teikimo prasme. Todėl įvyko reforma, įgyvendinanti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programą. Jos tikslas suformuoti efektyvesnį asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą bei racionalesnę sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūrą, kuri užtikrintų saugias ir kokybiškas paslaugas (Lileikytė, Matusevičiūtė, Miciunaitė, ir kt, 2012, p. 3).

Lietuvos Nepriklausomybės atgavimas tapo nauja pradžia sveikatos sektoriui. Nuo to laiko vis labiau orientuojamasi į sprendimus, paremtus gerąja praktika. Palaipsniui imta suvokti, kad reformų procese neužtenka remtis pavieniais tyrimais, nuomone, intuicija ar vertybėmis. Atsirado būtinybė integruoti įvairius duomenis, faktus ir praktinius aspektus siekiant optimalaus rezultato (Čepulytė, Palubinskienė, 2008). Taip pradėta vadovautis holistiniu modeliu, kur ne tik organizmo gydymas suvoktas kaip visuminis procesas, bet ir iškelta geros sveikatos palaikymo strategija, akcentuojanti prevenciją, pačių pacientų atsakomybę už sprendimus, lemiančius jų sveikatą, teigiamą pasaulėžiūrą ir žmogaus organizmo įgimto sveikimo galią (Pietroni, 1991). Remiantis šia paradigma Lietuvoje, įgyvendinant sveikatos reformą, įvykdyta trijų pakopų ilgalaikė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, ketvirta pakopa planuojama įgyvendinti iki 2017 metų gruodžio 31 d.

- ❖ Pirmas etapas 2003 – 2005m.
- ❖ Antras etapas 2006 -2008m.
- ❖ Trečias etapas 2009 -2012m.
- ❖ Ketvirtas etapas 2013 – 2017m.

Kaip teigia Jankauskienė, Pečiūra (2007), sveikatos reformą būtina pradėti vykdyti esant šiems požymiams:

- ❖ sveikatos sistema pradeda nebetenkinti vartotojų poreikių,
- ❖ sistema tampa ekonomiškai neveiksminga dėl per didelių sąnaudų,
- ❖ sveikatos sistemos valdymas nebeatitinka siekiamų tikslų ir yra neteisingas,
- ❖ sistema neišsprendžia esminių problemų.

Pirmas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapas prasidėjo 2003 ir tęsėsi iki 2005 metų. Tačiau prieš jį parengiant, išryškinti argumentai, kurie pagrindė reformos būtinumą, bei sumažino visuomenės ir ligoninės veikėjų pasipriešinimą. Kitaip tariant, buvo pateikti įrodymai, suteikę tolesniems darbams tvirtą pagrindą (Jogaitė, 2014, p. 21). Restruktūrizacijos tikslai, strategijos ir uždaviniai buvo numatomi ir formuojami kiekvienam sekančiam etapui, tik įvertinus pasiektus prieš tai buvusio etapo rezultatus.

Pasak Lileikytės, Matusevičiūtės, Miciunaitės ir kt. (2012, p. 5) svarbu pažymėti, kad sveikatos reformos vykdymas yra darnus sveikatos politikos ir institucijų pokyčių procesas, kuriame didžiausią įtaką daro Vyriausybė. Šis procesas nukreiptas į sveikatos sektoriaus veiklą, kuria siekiama pagerinti gyventojų sveikatos būklę. Kaip pastebi Jogaitė (2016), jog ruošiantis ir įgyvendinant sveikatos reformą, svarbūs ne tik paruošiamieji darbai, bet ir jų įgyvendinimas, kuris turi būti visapusiškas ir užtikrinantis užsibrėžtų

tikslų pasiekimą. Išsikelti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos tikslai, kurių bus siekiama laikantis pagrindinių trijų krypčių (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2003) :

- ❖ ambulatorinių paslaugų plėtra,
- ❖ medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų sferos stiprinimas ir plėtra,
- ❖ stacionarinių paslaugų optimizavimas, alternatyvių veiklos formų plėtra.

Kaip pastebi Jogaitė (2014, p. 34), jog siekį mažinti stacionarines paslaugas, didinti ambulatorinių paslaugų skaičių bei slaugą ir ilgalaikį palaikomąjį gydymą, lėmė tam tikri veiksniai, skatinę imtis atitinkamų pakeitimų.

Slaugos paslaugų didinimą įtakojo demografiniai pokyčiai ir gyventojų senėjimas, dėl ko daugėja lėtinių ligų, didėja krūvis sveikatos priežiūros įstaigoms. Todėl siekiant remti sveiką senėjimą nepakanka stiprinti sveikatą visą gyvenimą, pradedant nuo vaikystės, bet būtina kovoti su sveikatos netolygumais, kuriuos lemia socialiniai, ekonominiai ir aplinkos veiksniai (Misevičienė, 2011, p. 5). „Demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialines ir ekonomines, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, orientuotų į senų žmonių sveikatos problemas, paslaugų poreikio didėjimą“ (Ulianskienė, Vitkūnienė, Hitaitė, 2006). Kaip teigia Kanopienė, Mikulionienė, (2006a, p. 12), siekiant prailginti sveiko gyvenimo trukmę ir užtikrinti pagyvenusių/senų žmonių sveikatos priežiūrą, būtina darni prevencijos, gydymo ir slaugos paslaugų plėtra. „Vienas svarbiausių paslaugų poreikį skatinančių veiksnių paprastai yra nurodomas aukštesnis vyresnių nei 65-ių metų asmenų sergamumas chroniškėmis, įsisenėjusiomis ligomis, kurias paprastai lydi pastebimai sumažėjęs darbingumas ar netgi negalios atsiradimas“ (Kanopienė, Mikulionienė, 2006b, p. 195). Pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmonių ligos – širdies ir kraujagyslių, onkologinės, lėtinės kvėpavimo sistemos ligos, sąnarių susirgimai, osteoporozė, demencijos – dažniausiai yra lėtinės ir ilgai trunkančios, todėl šios gyventojų grupės skaičius bendro tipo ligoninėse yra daug didesnis nei bet kurio kito amžiaus tarpsnio žmonių, jie yra ir pagrindiniai specializuotų medicinos (slaugos ligoninių) bei ilgalaikės priežiūros įstaigų klientai (Kabašinskienė, 2005, p.10).

Vertinant susidariusią situaciją galima pabrėžti, kad jog ateityje gyventojų senėjimas dar labiau didės. Tai pagrindžia demografiniai rodikliai ir moksliniai tyrimai. Kadangi vyresnių nei 65-ių metų žmonių sergamumas lėtinėmis ir įsisenėjusiomis ligomis yra didesnis, todėl slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų poreikis išaugs.

„Ambulatorinių, ypač pirminės sveikatos priežiūros paslaugų plėtra bei stacionarinių paslaugų mažinimas jas optimizuojant, susijęs su mažesnėmis sąnaudomis, kadangi ambulatorinės paslaugos žymiai pigesnės nei stacionarinės“ (Šileikaitė, Kudytė-Gasperė, 2011).

Ambulatorinėms paslaugoms priskiriamos gydamosios priežiūros paslaugos, teikiamos ambulatoriniams pacientams gydamosios priežiūros epizodo metu. Ambulatorinė sveikatos priežiūra – tai daugiausia paslaugos, gydytojų teikiamos ambulatorinės priežiūros įstaigose, tačiau ambulatoriniai pacientai gali būti gydomi ir ligoninėse, pvz. specialiose dienos stacionaro palatose, teikiant stebėjimo, dienos chirurgijos paslaugas. Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apima šių specialistų teikiamas paslaugas: šeimos medicinos – šeimos gydytojo praktikos, vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo, gydytojo chirurgo praktikos, pirminės psichikos sveikatos priežiūros, akušerio praktikos, slaugos: bendrosios praktikos, bendruomenės, fizinės medicinos, ambulatorinės reabilitacijos, kojų priežiūros, sergančių diabetu mokymo (Plaušinitienė, 2008, p. 32). Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sudedamųjų rodiklių. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik techninės įstaigų galimybės: teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos technologijų lygis, medicinos įrangos galimybės, bet ir vadybos priemonių taikymas gyventojams aptarnauti – kaip gyventojams organizuojama sveikatos priežiūra, tinkamas visuomenės informavimas (Ginzberg, 1991).

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapų vienas iš prioritetinių tikslų, tai problemos susijusios su aktyvaus gydymo lovų pertekliumi, ypač rajoninėse ligoninėse. Nepakankamas lovos užimtumo panaudojimas, bei perteklinis ligonių gydymas stacionare, kai pagal indikacijas tai nėra būtina, arba guldoma dėl socialinių priežasčių.

Pasak (Magnussen , Vrangbaek, Saltman,2009), sveikatos priežiūros reforma privalo turėti tiesiogines sąsajas su sveikatos priežiūros lygiateisiškumu, efektyvumu, kokybe ir finansavimu; turi būti apibrėžti reformos politika, tikslai ir prioritetai, bei ją vykdančios institucijos. Vykdam reformą, pats procesas yra svarbesnis nei turinys, kaip ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (Janušonis, 2011, p. 5).

4 lentelė. Sveikatos priežiūros ir paslaugų restruktūrizacijos etapų tikslai.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapas:	Laikotarpis:	Tikslai:
Pirmas restruktūrizacijos etapas	2003-2005 metai	1. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą; 2. Optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.
Antras restruktūrizacijos etapas	2006-2008 metai	1.Nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą; 2.Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą; 3.Toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą; 4.Optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.
Trečias restruktūrizacijos etapas	2009-2012 metai	1. Teikti prioritetą šeimos gydytojų teikiamoms paslaugoms ir gydytojų specialistų ambulatorinėms konsultacijoms; 2.Optimizuoti stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir restruktūrizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, o taip sutaupytas lėšas skirti ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir

		specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti; 3. sumažinti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo sąnaudas.
Ketvirtas restruktūrizacijos etapas	2013-2017 metai	1. Konsoliduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų struktūrą; 2. Plėtoti koordinuotą ir integruotą ligų valdymą (klasterius); 3. Didinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir optimaliai paskirstyti paslaugas tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ypač atkreipti dėmesį į racialesnį jų paskirstymą apskričių teritorijose; 4. Gerinti paslaugų prieinamumą, nenaudojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovas pirmiausia naudoti paslaugoms, kurių trūksta (slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyviosios pagalbos), teikti.

Šaltinis: Sudaryta autoriaus, pagal nutarimus(LR Vyriausybė Nr. 335, 2003, Nr. 647, 2006, Nr. 1654, 2009, Nr. 1290, 2015)

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu 2003 metais patvirtinta, sveikatos priežiūros ir paslaugų restruktūrizavimo programa, kuri buvo vykdoma dviem etapais. Būtent šiuo nutarimu buvo siekiama sveikatos paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimo restruktūrizuojant paslaugų teikimą, pertvarkant: struktūros, institucijų funkcijų, personalo kvalifikacijos pokyčių, naujosios viešosios vadybos principų diegimo strateginiame organizacijų valdyme (Lileikytė, Matusevičiūtė, Miciunaitė ir kt., 2012, p. 9). Pirmas restruktūrizacijos etapas startuoja 2003 – 2005 metais. Įvertinus esamą sveikatos sistemos padėtį, kaip matome pateiktoje lentelėje, išsikeliami du pagrindiniai tikslai, kurių kryptingai dirbant, buvo siekiama du metus.

Pasak Filipavičiūtės, Gaigalienės ir kt., (2010, p. 4) didėjant amžiui, didėja sergamumas lėtinėmis ligomis. Lėtinės ligos didina neįgalumo ir mirštamumo riziką, reikalauja daug materialinių ir sveikatos priežiūros resursų. Senstanti visuomenė, jaunų žmonių užimtumas, kuris lemia, kad nėra kam pasirūpinti vyresniais artimaisiais, įtakoja didėjantį slaugos paslaugų poreikį. Lėtinėms ir įsisenėjusioms ligoms nereikalingas simptominis stacionarinis gydymas, tačiau reikalinga slauga ir palaikomasis gydymas (Kanopienė, Mikulionienė, 2006b, p. 195).

Stacionariųjų paslaugų mažinimas jas optimizuojant, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra, ypač pirminės grandies plėtra, susiję su mažesnėmis sąnaudomis, kadangi ambulatorinės paslaugos žymiai pigesnės nei stacionarinės (Šileikaitė, Kudytė-Gasperė, 2011). Be to, taip didinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, realizuojant šeimos gydytoją, kaip pirminį specialistą, kadangi jo pagalba yra priimtinesnė gyventojams. Šios srities gydytojo pagalba geriausiai tinka profilaktiškai stebėti lėtinėmis ligomis sergančius pacientus, atlikti nuolatinę sveikatos priežiūrą (Valius, 2000). Pasak Jankauskienės (2007, p. 152), pradėtas įgyvendinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas prioritetu laikė šeimos gydytojo institucijos sukūrimą. Nes šeimos gydytojais teikia daugiau paslaugų ir atlieka daugiau funkcijų, o taip pat aptarnauja didesnę dalį gyventojų. Lietuvoje šeimos gydytojo specialybė buvo įvesta atsižvelgiant į kitų šalių patirtį – kaip patarėjo, koordinatoriaus,

padedančio orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuojančio elementariais sveikatos klausimais, stebincio lėtinių ligų eiga, padedančio surasti reikalingą specialistą. Šeimos gydytojo vaidmuo itin reikšmingas visoje sveikatos sistemoje (Štaras, Vedlūga 2014, p.116).

Pasak Meksriūnaitės ir Gurevičiaus (2015, p. 46), didelės dalies stacionariųjų paslaugų galima išvengti, jeigu būtų pakankamai prieinama ir kokybiška ambulatorinė sveikatos priežiūra, kurioje vykdoma profilaktika ir suteikiama tinkamas gydymas. Dažniausiai pacientai į ligoninę atsigulė dėl lėtinių ligų, kurias galima valdyti ambulatoriniame lygyje. Tokia tendencija rodo neefektyvų ambulatorinės sveikatos priežiūros darbą .

Apibendrinus mokslininkų ir analitikų įžvalgas, patvirtinančias pirmo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo rezultatus, galima stebėti įvairias nuomones. Pasak Jasiukaitienės ir Sauliūnės (2014, p. 44), nustatyta, kad mažėjant stacionarinės pagalbos apimtims ir gerėjant veiklos rodikliams, ambulatorinės pagalbos, ypač pirminės sveikatos priežiūros, apimtys padidėjo. Dėl to pavyko sutaupyti 154mln. Lt. Teikiamos saugios, kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, įgyvendinta šeimos gydytojo institucijos plėtra, sveikatos priežiūros įstaigos aprūpintos naujomis, Europos standartus atitinkančiomis medicininėmis technologijomis. Pirmajame sveikatos priežiūros restruktūrizavimo etape pasiekti stacionaro veiklos rodikliai parodė lovų skaičiaus mažėjimą, lovos užimtumo ir apyvartos didėjimą, gydymo laiko trumpėjimą, slaugo apimčių didėjimą (Šilys, Gurevičius, 2016, p. 114). Pasak Kumpienės, Sužiedelytės, (2010), galima pastebėti, jog sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje užsibrėžti siekiai dalinai įgyvendinti. Tačiau nors šie rodikliai pagerėjo, vidutinei tikėtinai gyvenimo trukmei bei kitiems išvestiniams rodikliams tai nepadarė reikšmingesnės įtakos, nes trys metai per trumpas laiko tarpas.

Antrasis 2006-2008 metų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas siekė tęsti pradėtus darbus ir toliau tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, bei gerinti paslaugų struktūrą (Jogaitė, 2014, p. 36). Pirmo restruktūrizavimo etapo tikslas – keisti nusistovėjusią neefektyvią ir nuostolingą sveikatos apsaugos sistemą, antro etapo tikslas, nuosekliai tęsti pradėtus darbus. Priimtame nutarime „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapo strategijos pavirtinimo“ 2 str. teigiama, jog per ateinančius du metus bus užtikrintas pagrindinių strateginių sveikatos apsaugos sistemos plėtrą reglamentuojančių dokumentų įgyvendinimo tęstinumas ir vientisumas.

Vienas iš siekių gerinti pirminės ambulatorinių paslaugų grandies kokybę ir prieinamumą, tai yra paslaugas priartinti prie paciento. Skatinimas valstybinių ir privačių šeimos gydytojų kabinetų kūrimas kaimiškuose regionuose. Bet Kairio, Žėbienės, Rutkio Zokio (2004, p. 180), atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad ambulatorinė pagalba šalies gyventojams prieinama, didesnių prieinamumo skirtumų pagal

gyvenamąją vietą nėra. Galimybę atvykti į ambulatorinę pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, t. y. susisiekimą dauguma respondentų vertino kaip patogų. Dauguma respondentų pabrėžia, kad palankiai vertina ir rinktųsi privačiai dirbantį gydytoją, jeigu tam nereikėtų papildomų išlaidų. Pasak Milašauskienės, Juodrytės, Misevičienės, ir kt., (2006) atsižvelgiant į tai, kad mieste įsikūrusių pirminės sveikatos priežiūros centrų prieinamumas vertinamas geriau negu miesteliuose, reikėtų gerinti pirminės sveikatos priežiūros teritorinį ir organizacinį prieinamumą miestelių gyventojams. Plieskio, Gaižauskienės, Garbuvienės, (2008, p. 478), atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog pirminės sveikatos priežiūros veikla intensyvėja, stiprėja šeimos gydytojo institucija: daugiau pacientų prisirašo prie privačią praktiką užsiimančių šeimos gydytojų, auga apsilankymų skaičius. Tyrimo duomenimis, intensyvėja šeimos gydytojo darbas ir valstybinėse institucijose. Tikėtina, jog gyventojai pasitiki valstybine sveikatos priežiūra.

Optimizuojant stacionarinį gydymą, sveikatos lėšų panaudojimą, ilgas stacionarinis reabilitacinis gydymas iš dalies keičiamas trumpesne ir efektyvesne ambulatorinės reabilitacijos paslauga. Pasak Kriščiūno (2005, p. 248), ambulatorinė reabilitacija žymiai pigesnė negu reabilitacija stacionare, be to ligonis neatskiriamas nuo šeimos. Ambulatorinei reabilitacijai siunčiami ligoniai, kurių mobilumas neribotas, jiems nereikalingos dažnos reabilitacijos procedūros, dietinis maitinimas. Tačiau, kaip teigia Kriščiūnas (2015, p. 10), ambulatorine reabilitacija sudėtingiau pasinaudoti kaimų, rajonų gyventojams, kuriems yra dideli atstumai iki jos.

Pasak Jasiukaitienės, Sauliūnės (2014, p. 45), antrame restruktūrizacijos etape, ne visos numatytos priemonės buvo sėkmingai įgyvendintos. Jurgutis, Vainiomaki, Stašys (2011) teigia, kad Lietuvoje nepakanka pirminės sveikatos priežiūros kokybę skatinančių priemonių, todėl dar dažnas ir netolygus išsvengiamų stacionarinių paslaugų vartojimas.

Kaip įvardina Kumpienė, Sužiedelytė (2010), šis restruktūrizacijos etapas buvo mažiau sėkmingas, lyginant su pirmuoju. Tai nulėmė pagrindiniai trūkumai: nepakankamas finansavimas; prasidėjusi ekonominė krizė; sumažėjęs restruktūrizacijos proceso intensyvumas. dėl to buvo patvirtintas trečiasis restruktūrizacijos etapas, nors jis nebuvo numatytas pirmosiose strategijose. Trečiasis restruktūrizacijos etapas 2009-2012. Pasak Drošėikienės (2011), kiekviena sveikatos reforma tai tęstinis procesas. Galima pastebėti, jog trečiasis restruktūrizavimo etapas siekė įtvirtinti pradėtų darbų tęstinumą ir galiausiai užbaigti numatytus pakeitimus. Įvertinus antro etapo rezultatus trečio restruktūrizacijos etapo metu skatinama teikti pirmenybę šeimos gydytojams ir ambulatorinėms gydytojų specialistų konsultacijoms. Didelis dėmesys skiriamas stebėjimo paslaugai plėtoti. Stacionarinis gydymas optimizuojamas keičiant teikiamų paslaugų struktūrą, skatinant alternatyvų, tokių kaip dienos chirurgijos

ir dienos stacionaro paslaugų didinimą. Kaip teigia Jogaitė (2014), tai rodo, jog kryptama link ambulatorinių paslaugų, mažinant stacionarinę sveikatos priežiūrą. Tai yra tikslingas procesas atsižvelgiant į demografinius šalies rodiklius, didėjantį sveikatos paslaugų, o kartu ir finansavimo poreikį.

Išanalizavus trečio restruktūrizacijos etapo rezultatus Gaidelytė, Madeikytė (2011) išsako, kad dienos stacionaro apimtys didėjimas pasiektas (žr. 5 lent.), tačiau stacionarizavimo rodiklis nesumažėjo. Pasak Jasiukaitienės, Sauliūnės, (2014, p. 45), ekonomiškiau naudoti lėšas restruktūrizuojamose ligoninėse leidžia teikiamos ne stacionarinės paslaugos, o dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir kitos paslaugos, kurios yra pigesnės. Jankauskienė, Pečiūra (2007) teigia, kad kokybiškesnei sveikatos priežiūrai, didelė įtaką padarė naujų technologijų plėtra, ankstyvojo diagnozavimo, prevencijos ir gydymo srityse. Kairio, Sužiedelytės (2009), atliktas tyrimas rodo, kad didesnė dalis ligoninių vadovų restruktūrizaciją apibūdina kritiškai. Pasak jų sveikatos priežiūros prieinamumo pokyčiai vertinami neigiamai, nes paslaugų struktūros išsidėstymo pokyčiai dažnai neatitinka pacientų poreikių.

5 lentelė. Trijų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapų rezultatai

Teigiami trečio restruktūrizacijos etapo rezultatai	Neigiami trečio restruktūrizacijos etapo rezultatai.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ teigiamas poslinkis stebimas ambulatorinių paslaugų teikime, ❖ uždarius chirurgijos ir akušerijos skyrius rajono ligoninėse, pagerėjo paslaugų kokybė, ❖ įgyvendinta šeimos gydytojo institucijos plėtra, ❖ sveikatos priežiūros įstaigos aprūpintos naujomis medicinos technologijomis, ❖ dienos chirurgijos, dienos stacionaro paslauga leidžia ekonomiškiau naudoti lėšas, 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ neigiamas komunikacinis paslaugų prieinamumas, ❖ ilgų eilių problema, ❖ pacientų srautų pasiskirstymas į regiono bei respublikos lygmens įstaigas, ❖ reanimacijos II uždarymas vertinamas kaip destruktivus reformos aspektas, atitolinęs pacientą nuo paslaugos ir sumažinęs paslaugų saugumą, ❖ Išlikę aukšti hospitalizacijos rodikliai siejami su efektyviai nefunkcionuojančiu pirminiu lygiu ir prastėjančia šalies demografinė situacija, ❖ dėl senėjančių žmonių, ypač kaime, didėja geriatrijos paslaugų poreikis. ❖ gydytojų ir slaugytojų stoka, ypač kaimiškuose regionuose

Šaltinis: Sudaryta autoriaus (pagal Jogaitė, 2016, Jasiukaitienė, Sauliūnė, 2014, Gaidelytė, Madeikytė, 2011)

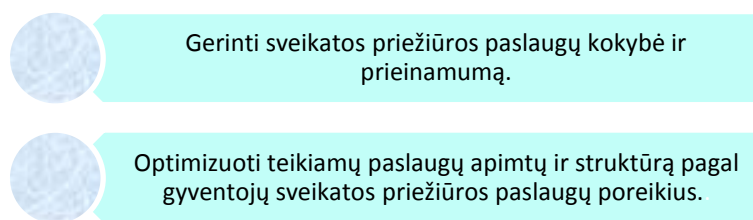
Apibendrinant reikia pabrėžti, kad dauguma tyrimų atlikta apklausiant pacientus, todėl gauti rezultatai yra labiau neigiami, nei teigiami, žmonės išsako daugiau kritikos reformos atžvilgiu. Medicinos įstaigų rezultatai yra apsprendžiami įvertinus statistinius duomenis, todėl jie nenusako pasitenkinimo paslaugomis lygio.

2.4. Pirmojo etapo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas

2003 m. pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas. Vienas pagrindinių reformos elementų yra sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija, kurios tikslas – gerinti paslaugų kokybę ir

prieinamumą, optimizuoti Sveikatos priežiūros paslaugų tinklą (Jasiukaitienė, Sauliūnė, 2014, p. 44). Atlikus išsamią Lietuvos sveikatos sistemos analizę numatyti tikslai ir gairės sveikatos sistemos restruktūrizacijai, kuri numatyta vykdyti dviem etapais.

Pirmasis etapas patvirtintas 2003 metų kovo 18 diena, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, jis įgyvendintas 2003 – 2005 metų laikotarpiu (LR Vyriausybė, 2003). Šiuo nutarimu buvo siekiama (žr. 6 pav.), gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę ir efektyvumą. Vykdamas kryptingas pertvarkas paslaugų struktūrose, peržiūrint institucijų funkcijas, vykdamas personalo kvalifikacijos pokyčius, bei naujosios viešosios vadybos principų diegimą organizacijų valdyme (Lileikytė, Matusevičiūtė, Miciunaitė, ir kt, 2012, p. 9).



6pav. Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslai. Šaltinis: sudaryta autorės pagal nutarimą Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo (LR Vyriausybės 2003)

Pasak Kalibato, Petrauskienės (2005, p. 158), stacionarinė priežiūra paprastai sunaudoja 45 – 75% visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų. Iš pirmo restruktūrizacijos etapo buvo tikimasi, kad plėtojant pirminės sveikatos priežiūrą ženkliai sumažės stacionaro paslaugų poreikis, kas leis mažinti išlaidas sveikatos sistemai. Efektyvus lėšų panaudojimas bus nukreiptas ligų profilaktikai ir ankstyvai diagnostikai, o taip pat sveikatos programų kūrimui. Kaip nurodo Dumčius (2007), pirmas restruktūrizacijos etapas iškeltus tikslus patenkino tik iš dalies, nežymiai sutrumpėjo stacionarinio gydymo trukmė, ribojant hospitalizaciją. Didinant kvotas ir kompensuojamų vaistų kainas išaugo ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų paklausa. Diferencijuojant paslaugų įkainius, asmenys nukreipiami gydytis ambulatoriškai, į dienos stacionarus, dienos chirurgijos skyrius, slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines. Pertvarkos laikotarpiu buvo jungiamos ar uždaromos ligoninės, uždaromi atskiri stacionarinio gydymo skyriai, mažinamas lovų skaičius, kas paskatino sumažinti ir darbuotojų skaičių. Reforma sukėlė pasipiktinimą vyresnio amžiaus ir socialiai remtinų žmonių tarpe, nes nepatenkino jų lūkesčių. Dėl skyrių uždarinėjimo reforma silpnino rajonines ligonines. Iki šiol egzistavę kaimo ambulatoriniai punktai buvo uždarinėjami, kaimo žmonės dėl susisiekiimo problemų ir finansinės naštos, neretai likdavo atriboti nuo medicininės pagalbos.

Pirmojo sveikatos priežiūros etapo rezultatai rodo, kad šalies mastu įvyko šie sveikatos sistemos rodiklių pokyčiai (LR Valstybės kontrolė, 2010, LR Vyriausybė, 2006):

- ❖ Apsilankymų pas pirminės sveikatos priežiūros specialistus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9 karto
- ❖ Ambulatorinių paslaugų apimtis išaugo – 6 proc.
- ❖ Stacionarinių paslaugų apimtis sumažėjo – 8 proc.
- ❖ Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų apimtis padidėjo 15 proc.
- ❖ Hospitalizacijos rodiklis šimtui gyventojų sumažėjo iki 20,2 ligonio.
- ❖ Pacientas vidutiniškai gydosi 2 dienomis mažiau.
- ❖ Lovos užimtumo rodiklis padidėjo iki 308 dienų
- ❖ Lovos apyvarta pagerėjo iki 35 pacientų.
- ❖ Sumažintas stacionaro lovų skaičius penktadaliu, arba 5000
- ❖ Įsteigta 600 dienos stacionaro vietų.

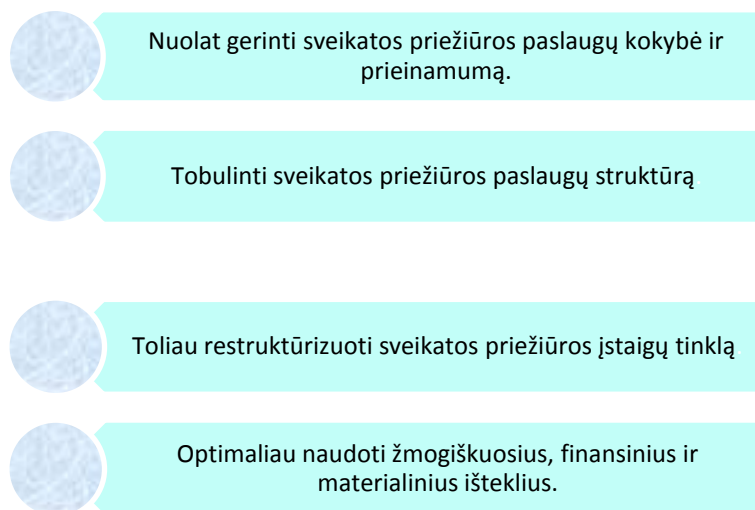
Apibendrinant galima pasakyti, kad pirmas restruktūrizacijos etapas, kaip ir kiekviena reforma, įnešė sumaištį. Ekonominis efektas iš dalies buvo pasiektas, bet kokybės atžvilgiu reforma vertinama prieštaringai. Atlikti tyrimai parodė, kad medicinos įstaigų vadovai ir darbuotojai reformą vertino teigiamai, nes tai leido pagerinti paslaugų kokybę, padidinti pasiūlą, bei prieinamumą. Sergantieji asmenys pertvarkas vertino skeptiškiau, nes iki tol buvo įpratę daugiau ligų ir būklių gydyti stacionare, ambulatorinės paslaugos jiems atrodė paviršutiniškos. Nepaisant neigiamos nuomonės pirmasis restruktūrizacijos etapas pasiekė auštų rezultatų. Užsibrėžti tikslai viršijo lūkesčius.

2.5. Antrojo etapo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas

Įvertinus pirmo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo trukusio 2003-2005 metais rezultatus, numatyti tikslai ir įgyvendinimo strategijos, antrajam restruktūrizacijos etapui. Pasak Plaušinitienės (2008), antrasis restruktūrizavimo etapas apgalvotas racionaliau. Jo tikslas - ištaisyti sveikatos apsaugos reformos trūkumus ir gauti kuo didesnę ekonominę efektą centralizuotomis paslaugų ir įkainių reguliavimo priemonėmis.

Antrasis etapas patvirtintas 2006 metų birželio 29 diena, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, jis įgyvendintas 2006-2008 metų laikotarpiu. (LR Vyriausybė, 2006). Šiame etape

išlaikomas pirmo etapo tikslų tęstinumas, bet yra numatyta ir keletas naujų aspektų. Pasak Jasiukaitienės ir Sauliūnės (2014, p. 45), pirmajame etape daugiau dėmesio buvo skiriama stacionarioms sveikatos įstaigoms pertvarkyti, o antrajame etape (žr. 7 pav.), labiau pabrėžiamas teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimas ir alternatyvių stacionariniam gydymui sveikatos priežiūros paslaugų plėtra. Tai numato ir antrojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo tikslai, numatyti 2006-2008 metų laikotarpiui:



7pav. Antrojo Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslai.

Šaltinis: sudaryta autorės pagal nutarimą Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo (LR Vyriausybės 2006)

Remiantis atliktais tyrimais galima pastebėti, kad antrojo restruktūrizacijos etapo eigoje padidėjo ambulatorinių paslaugų skaičius. Tai įtakojo kurti šeimos gydytojo kabinetus, ypač kaimiškose teritorijose. Paslaugų priartinimas prie žmogaus išsprendė finansines sergančiųjų problemas, sutrumpėjo kelionės laikas, pagerėjo komunikacija. Slaugos paslaugos struktūruojamos, nes senyvo amžiaus žmonių sveikatos priežiūra priklauso ir socialinės paramos sričiai. Intensyvus visuomenės senėjimas iš esmės keičia demografinę ir socialinę struktūrą. Sveikatos priežiūros sistemai kelia finansavimo užtikrinimo, aukštos kokybės paslaugų plėtros bei prieinamumo iššūkius. Didėjant pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmonių skaičiui, nepaliaujamai auga sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, t. y. integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis (Kanopienė, Mikulionienė, 2006b, p195-196).

6 lentelė. Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai ir jų įvykdymo rezultatai.

Eil. nr.	Vertinimo kriterijaus pavadinimas	Mato vnt.	2006 m.	2008 m.	Įvykdymo rezultatai proc.
1.	Vidutinės gyvenimo trukmės pailgėjimas ne mažiau kaip vienu mėnesiu kasmet.	mėn.	853,44	863,28	9,84 (mėn)
2.	Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys	Atvejų skaičius (tūkst.)	6763,6	7908,4	16,9

	padidėjimas ne mažiau kaip 5 proc.				
3.	Slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtys padidėjimas 3 – 5 proc.	Hospitalizuotų ligonių skaičius (vnt.)	25918	29852	15,2
4.	Dienos stacionaro paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 10 proc.	Lovadienių skaičius (tūkst.)	268,9	328,1	22,0
5.	Dienos chirurgijos paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 10 proc.	Paslaugų skaičius (tūkst.)	36,5	105,5	189,0
6	Stacionarinių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtys sumažėjimas 3-5 proc. (be slaugos ir reabilitacijos lovų)	Hospitalizacijos atvejų skaičius (tūkst)	738,4	751,8	1,8 (padidėjo)
7.	Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimas ne mažiau kaip 10 proc.	Vnt	371	97	26,1

Šaltinis: Sudaryta Jogaitės B. (pagal LR sveikatos apsaugos ministerijos antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita, 2014)

Analizuojant rodiklius (žr. 6 lent.), stebimas ambulatorinių sveikatos paslaugų didėjimas 16,9 proc. Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų hospitalizuojant ligonius padaugėjo 15,2 proc. Stacionarinių paslaugų aktyvaus gydymo hospitalizacijų atvejų skaičius padidėjo 1,8 procento, nors tikslas buvo stacionarinių paslaugų mažėjimas. Šį skaičių galėjo padidinti išaugęs dienos stacionaro 22,0 proc. ir dienos chirurgijos paslaugų 189 proc. apimtys didėjimas. Antrojo etapo metu buvo ženkliai atnaujintas greitosios pagalbos automobilių parkas, 26,1 proc.

Apibendrinant antrojo restruktūrizacijos etapo rezultatus pastebima, kad šis etapas sulaukia mažiaus kritikos tiek iš medikų, tiek iš pacientų. Toliau stebimas ambulatorinių paslaugų augimas, slaugos ir palaikomojo gydymo plėtra. Efektyviai sprendžiamos vyresnio amžiaus žmonių ne tik sveikatos, bet ir socialinės problemos, bendraujat su partneriais, socialinių paslaugų teikėjais.

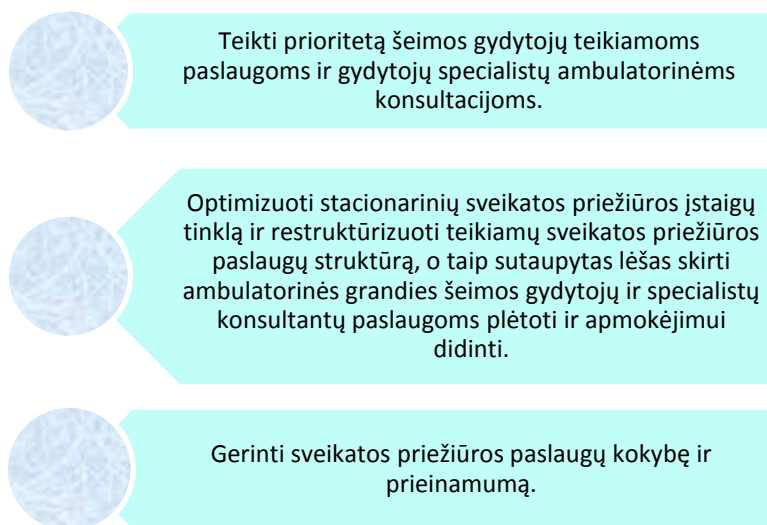
2.6. Trečiojo etapo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas

Pasak V. Juškelienės (2007), sveikatos sistemos reforma apima visus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, visas programas, institucijas ir administracines teritorijas ir vyksta tęstiniu laikotarpiu visoje šalyje. Tai apgalvotas, suderintas, suplanuotas ilgalaikės perspektyvos procesas, užtikrinantis ateities pastovumą, o ne staigus, greitas ir trumpalaikis pokytis. Trečias sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų

restruktūrizacijos etapas yra pirmų dviejų etapų tęsinys, integruojantis tolesnę reformų plėtrą ir pertvarkas. Trečiasis etapas patvirtintas 2009 metų gruodžio 7 diena, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, jis įgyvendintas 2009 – 2012 metų laikotarpiu (LR Vyriausybė, 2009).

Atlikta išsami pirmųjų dviejų etapų analizė parodė, kad ne visos numatytos priemonės buvo įvykdytos, ne visi užsibrėžti tikslai pasiekti. Pagal 2007 metų rodiklius mūsų valstybė vis dar stipriai lenkia Europos Sąjungos valstybių vidurkį. Pasaulio banko ekspertų 2009 metų studija rodo, kad Lietuvoje ligoninių ir lovų skaičius tenkantis santykiniam gyventojų skaičiui yra didesnis nei kaimyninėse Baltijos valstybėse. Taip pat kai kurios rajoninės ligoninės teikiamos paslaugos nėra saugios dėl gydytojų specialistų ir medicinos įrangos stygiaus (LR Vyriausybė, 2009).

Ir nors trečiasis restruktūrizacijos etapas nebuvo numatytas iš anksto, jis buvo patvirtintas. Trečiojo restruktūrizacijos etapo tikslai, numatyti platesni, siekiant ne tik optimizuoti paslaugas, bet ir mažinti sistemos sąnaudas(žr. 8 pav.).



8pav. Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslai

Šaltinis: sudaryta autorės pagal nutarimą Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo (LR Vyriausybės, 2009)

2009-2012 metų laikotarpiu vykusiu trečiuoju restruktūrizacijos etapo metu pasiektas dienos stacionaro paslaugų apimtys didėjimas, bet hospitalizacijos rodiklių suvaldyti nepavyko. 29 juridiniai asmenys reorganizuoti į 9, siekiant taupyti administracines lėšas, jas panaudojant sveikatos paslaugų gerinimui. Remiantis restruktūrizacijos kriterijais stacionarinio gydymo įstaigos buvo suskirstyto į tris lygmenis: 1. Rajono lygmeniui priskirtos – 35 ligoninės, 2. Regiono lygmeniui priskirtos – 11 ligoninių, 3. Respublikos lygmeniui priklauso 12 daugiaprofilinių ligoninių. Dešimtyje rajono ligoninių, kurios

neatitiko numatytų kriterijų, uždaryti stacionarinės chirurgijos skyriai. Dviejose ligoninėse, uždaryti akušerijos skyriai. Greitosios pagalbos paslaugas lesta teikti 5 įstaigoms (SAM, 2014).

Trečiojo restruktūrizacijos etapo tikslas, kad modernių technologijų reikalaujančios paslaugos būtų teikiamos aukštesnio lygio ligoninėse. Sveikatos priežiūros įstaigos neįvykdžiusios numatytų reformos kriterijų, neteko chirurgijos ir ginekologijos skyrių, jie buvo uždaryti. Taip siekiant išvengti klaidų dėl gydytojų specialistų praktikos stokos. (SAM, 2014)

Apibendrinant galima teigti, kad suformuotas sveikatos priežiūros tinklas yra efektyvesnis, paslaugų struktūra racionali. Tai užtikrina saugias, kokybiškas ir labiau prieinamas paslaugas. Tačiau vertinant visų trijų restruktūrizavimo etapų rezultatus (žr. 7 lent.), galima konstatuoti :

7 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapų vertinimo rezultatai

Eil. Nr.	Vertinimai
1.	Nebuvo pilnai pasiekti užsibrėžti tikslai ir įgyvendinti numatyti uždaviniai, nepilnai įvykdytas suplanuotas sveikatos priežiūros tinklo optimizavimas bei sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas.
2.	Įstaigų tinklo optimizavimui nebuvo tinkamai parengta reikiama teisinė bazė, ko pasėkoje, negavus savivaldybių tarybų pritarimo, neįvyko restruktūrizavimo planuose numatytas eilės įstaigų restruktūrizavimas.
3.	Kai kurių profilių (stacionarinės chirurgijos, akušerijos ir kt.) sveikatos priežiūros paslaugų teikimo nutraukimas rajono ligoninėse apsunkino paslaugų prieinamumą kaimiškų teritorijų gyventojams, ypač nutolusių nuo didesnių centrų.
4.	Nutraukus atitinkamų paslaugų teikimą rajonų ligoninėse, nebuvo tinkamai išspręstas sumažėjusio teikiamų paslaugų mąsto ir prarastų finansavimo apimčių kompensavimo klausimas, kas apsunkino įstaigų finansinę būklę.
5.	Kai kurių restruktūrizavimo fragmentų įgyvendinimas nebuvo pakankamai metodiškai parengtas, pvz., pirmajame restruktūrizavimo etape įvedus minimalų akušerijos paslaugų teikimo kriterijų 300 gimdymų per metus, įstaigų, neįvykdžiusių minėto kriterijaus, suteiktos akušerijos paslaugos toliau buvo finansuojamos iš PSDF biudžeto.
6.	Nors vyriausybės nutarimu, reglamentavusiu pirmąjį restruktūrizacijos etapą, sveikatos apsaugos ministru buvo pavesta nustatyti minimalų sudėtingų operacijų skaičių per metus, ši užduotis nebuvo įvykdyta.
7.	Iš esmės liko nesuvaldytas hospitalizacijos lygio mažinimo siekis ir nepagerėjo stacionarinių gydymo įtaigų lovų panaudojimas, antrame restruktūrizavimo etape vietoj numatyto stacionarinių paslaugų apimčių sumažinimo 3-5 proc., jos buvo sumažintos tik 1,8 proc.
8.	Netobulai organizuotas naujų paslaugų įteisinimo įstaigose modelis (siaurų specialybių gydytojai – neurochirurgai ar pan., dirba mažose rajono ligoninėse, negalėdami užtikrinti tinkamos paslaugų kokybės ir neturėdami pakankamo pacientų srauto).
9.	Išliko dideli sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teritoriniai nelygumai miesto ir rajono gyventojams, buvo stokojama tinkamo restruktūrizavimo proceso koordinavimo tarp valstybės ir savivaldybių pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal įsakymą Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo. (SAM, 2014)

Apibendrinant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trijų etapų rezultatus galima teigti, kad suformuotas sveikatos priežiūros tinklas yra efektyvesnis, paslaugų struktūra racionali. Tai užtikrina saugias, kokybiškas ir labiau prieinamas paslaugas pacientams. Stacionarinio gydymo rodikliai pagerėjo, nors ir ne taip ženkliai, kaip tikėtasi. Buvo įkurta daugiau specializuotų gydymo įstaigų teikiančių slaugos paslaugas. Slaugos paslaugų plėtrą paskatino ne tik demografinės padėties blogėjimas ar sergamumas lėtinėmis ligomis, bet ir emigracija, bei jaunesnių šeimos narių užimtumas. Vertinant visų trijų restruktūrizavimo etapų rezultatus (žr. 7 lent.), galima konstatuoti, kad nesuvaldytas hospitalizacijų mažinimo siekis. Nutrauktų chirurgijos ir ginekologijos paslaugų teikimas apsunkino paslaugų prieinamumą regioninėse ligoninėse. Gydymo įstaigų finansinę būklę pablogino sumažėjusių paslaugų skaičius.

3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO POVEIKIO VŠĮ JURBARKO LIGONINĖS VEIKLAI, TYRIMAS

Šioje darbo dalyje atskleidžiama sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas VŠĮ Jurbarko ligoninėje, pateikiama tyrimo metodika. Analizuojamas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos pokyčių vertinimas VŠĮ Jurbarko ligoninės veiklai, bei pateikiami tyrimo rezultatai. Aptariamos VŠĮ Jurbarko ligoninės veiklos gerinimo kryptys ir priemonės. Remiantis darbo autoriaus atlikta gydymo įstaigos dokumentų ir statistinių duomenų analize, šioje darbo dalyje pateikiamas praktinis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo vertinimas VŠĮ Jurbarko ligoninėje.

3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos poveikio vertinimas VŠĮ Jurbarko ligoninės veiklai tyrimo metodika

Kaip atskleidė mokslinės literatūros ir teisės aktų analizė, sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacija yra aktuali tyrinėjimų ir diskusijų tema politikoje. Tačiau pastebima, kad didžiausias dėmesys yra skiriamas ambulatorinių sveikatos paslaugų plėtrai ir jų kokybės gerinimui, bei gydymo įstaigų tinklo pertvarkymui. Atskirų rajoninio lygmens gydymo įstaigų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos poveikio vertinimas nėra analizuojamas. Atsižvelgiant į tai tyrimo *objektu* pasirinkta VŠĮ Jurbarko ligoninė ir joje teikiamų paslaugų restruktūrizavimas. Tyrimo *tikslas* – įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo rezultatus Jurbarko ligoninėje.

Statistinių duomenų analizė. Jo metu naudoti statistiniai dokumentai, tai lentelės ir grafikai atspindintys pagrindinius stacionaro rodiklius:

- ❖ bendras stacionaro lovų skaičius;
- ❖ atvykusių ligonių skaičius;
- ❖ išrašytų ligonių skaičius;
- ❖ mirusių ligonių skaičius;
- ❖ bendras lovadienių skaičius;
- ❖ gydyta ligonių.

Lovos funkcionavimo rodiklis, lovos apyvartos rodiklis, vidutinis gulėjimo laiko rodiklis ir letališkumo rodiklis, apskaičiuoti naudojant formules. Tyrimui panaudoti Lietuvos ir VŠĮ Jurbarko ligoninės stacionarios sveikatos statistikos duomenys iš Higienos instituto duomenų bazės, taip pat VŠĮ

Jurbarko ligoninės skyrių suvestinės, bei VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių ir apsilankymų suvestinės.

Laikotarpiai:

- ❖ esamos būklės apžvalgai panaudoti 2001 metų duomenys;
- ❖ pirmojo etapo apžvalgai ir palyginimui panaudoti 2003- 2005 metų duomenys;
- ❖ antrojo etapo apžvalgai ir palyginimui panaudoti 2006 – 2008 metų duomenys;
- ❖ trečiojo etapo apžvalgai ir palyginimui panaudoti 2009 – 2012 metų duomenys;

Statistinių duomenų palyginimui naudoti rodikliai (žr. 8 lent.):

8 lentelė. Statistinių rodiklių reikšmės.

Rodiklis	Rodiklio reikšmė
Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų	Tai atvykusių į stacionarą pacientų skaičius per metus, tenkantis 100 gyventojų.
Lovos funkcionavimas	Parodo, kiek dienų per metus stacionaro lova buvo užimta.
Lovos apyvarta	Parodo, kiek vidutiniškai vienoje stacionaro lovoje gulėjo ligonių per metus.
Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė	Parodo, kiek vidutiniškai vienas ligonis sunaudoja lovadienius.
Lovų skaičius	Parodo bendrą lovų skaičius ligoninėje.
Atvyko	Parodo, kiek paguldyta ligonių š gydymo įstaigą.
Išrašyti ligoniai	Parodo kiek ligonių išvyko į namu ir perkelta į kitas gydymo įstaigas.
Mirė	Parodo, kiek ligonių mirė gydymo įstaigoje.
Gydyta ligonių	Parodo, bendrą gydytų ligonių skaičių, kurie yra išrašyti, perkelti į kitas gydymo įstaigas, mirę.
Sunaudoti lovadieniai	Parodo bendrą gydytų stacionare ligonių išgulėtų dienų skaičių.
Letališkumas	Parodo mirštamumą išrašytų ligonių atžvilgiu.

Šaltinis: sudaryta autorės (pagal Gaižauskienę, Petrauskienę, ir kt., 2003, p. 63)

3.2 Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas VšĮ Jurbarko ligoninėje

Viešoji įstaiga Jurbarko ligoninė – ne pelno siekianti savivaldybės viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti antrinio lygio stacionarines bei konsultacines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat pirminio lygio stacionarines palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyviosios pagalbos paslaugas. Antro lygio stacionarines reabilitacijos paslaugas, skirtas visai Tauragės apskričiai aptarnauti. Įstaiga savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Sveikatos priežiūros įstaigų, Viešųjų įstaigų, Sveikatos draudimo ir kitais įstatymais bei teisės aktais, Viešosios įstaigos Jurbarko ligoninė įstatais, patvirtintais 2000 m. spalio 19 d. Jurbarko rajono tarybos sprendimu Nr. 100.

VšĮ Jurbarko ligoninės tikslas – racionaliai panaudojant turimus išteklius teikti pacientų lūkesčius atitinkančias aukštos kvalifikacijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti jų atitikimą

nustatytiems reikalavimams, prieinamumą, savalaikiškumą, patikimumą, etiškumą, rezultatyvumą, efektyvumą, tęstinumą, bei saugumą.

VšĮ Jurbarko ligoninė priklauso Klaipėdos teritorinės ligonių kasos veiklos zonai. Įstaiga sudaro sutartis su Klaipėdos TLK, Vilniaus TLK, Kauno TLK, Šiaulių TLK ir Panevėžio TLK dėl teikiamų paslaugų apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų. Sutartyse numatyta antrinės sveikatos priežiūros paslaugų nomenklatūra, teikimo sąlygos, paslaugų kiekis, sutartinė suma, apmokėjimo sąlygos. Sutartimi VšĮ Jurbarko ligoninė įsipareigoja draudžiamiesiems užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą. Įstaiga privalo teikti Klaipėdos TLK, SAM, VLK patvirtinta tvarka, teisingą ir visapusišką informaciją apie suteiktas antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, apie pacientus, kuriems šios paslaugos buvo teikiamos. Esant medicininėms indikacijoms įstaiga privalo išduoti pacientui siuntimą į aukštesnio lygio įstaigas, nukreipti medicininei reabilitacijai bei sanatoriniam gydymui. Susitarimu su Klaipėdos TLK kiekvienais metais numatoma kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių suma.

VšĮ Jurbarko ligoninės vizija – tapti konkurencinga asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sektoriaus įstaiga, operatyviai prisitaikyti prie nuolat kintančių veiklos sąlygų, užtikrinti aukščiausią klientų aptarnavimo kokybę.

VšĮ Jurbarko ligoninė akredituota VASPVT prie SAM, ligoninėje įdiegta ir palaikoma kokybės vadybos sistema, atitinkanti LST EN ISO 9001:2008 standarto reikalavimus.(VšĮ Jurbarko ligoninė, 2016)

Prieš prasidedant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimui buvo įvertinta sveikatos sistemos esama būklė. 2001 metų gydymo įstaigos rezultatų apžvalga rodo, kad VšĮ Jurbarko ligoninėje buvo trylika skyrių, profilių, iš viso 191 faktiškai naudojamų stacionaro lovų. Gydymo įstaiga neteikė dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų, vidutinis gulėjimo laikas - 8,21 dienos. Skyrių ir juose esančių lovų pasiskirstymas atrodė taip (VšĮ Jurbarko ligoninė, 2001):

- ❖ vidaus ligų skyrius – 51,7 lova + 3,3 lovos slaugos ir palaikomojo gydymo profilio;
- ❖ neurologijos skyrius – 20 lovų;
- ❖ psichosomatijos skyrius – 10 lovų;
- ❖ traumatologijos skyrius – 25 lovos;
- ❖ chirurgijos skyrius – 20 lovų + 5 lovos otolaringologijos profilio;
- ❖ vaikų ligų skyrius – 20 lovų;
- ❖ akušerijos skyrius – 7 lovos + 5 lovos nėštumo patologijos profilio;
- ❖ ginekologijos skyrius – 10 lovų;
- ❖ reanimacijos, intensyvios terapijos skyrius – 4 lovos;

❖ II lygio rehabilitacijos skyrius – 10 lovų.

Jurbarko rajono savivaldybėje 2001 metais gyveno 37 288 tūkstančiai žmonių (Lietuvos statistikos departamentas, 2001). Analizuojami 2001 metų pagrindiniai Lietuvos ir VšĮ Jurbarko ligoninės stacionaro veiklos rodikliai (LR Vyriausybė, 2003, VšĮ Jurbarko ligoninė, 2001):

9 lentelė. 2001 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai

Rodikliai	Lietuva	Jurbarko ligoninė	Siekiami I sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo rezultatai
Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė (dienų)	10,04	8,59	8,0
Lovos funkcionavimas	283,7	262,61	330,0
Lovos apyvarta	28,25	30,58	40,0
Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų	23,2	15,68	18,0

Šalinis: sudaryta autoriaus, pagal VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VšĮ Jurbarko ligoninė, 2001)

Lyginant pateiktus rezultatus (žr. 9 lent.), stebimas, VšĮ Jurbarko ligoninės rodikliai 2001 metais panašumas su siekiamais Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo rezultatais. Vidutinė gulėjimo trukmė tik 0,59 ilgesnė nei siekiamas rezultatas, bet trumpesnė nei to meto Lietuvos rodiklis – 1,45. Lovos funkcionavimo rodiklis mažas, jis skiriasi 21,09 dienos nuo 2001m Lietuvos rodiklio, ir 67,39 dienos nuo siekiamo pirmo restruktūrizacijos etapo siekiamo rezultato. Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų, pagal 2001 metų Jurbarko savivaldybės demografinius rodiklius, mažesnis net už numatytus pasiekti rezultatus – 2,32 ligonio, už to laikotarpio Lietuvos – 7,52 ligonio. Lovos apyvartos rodiklis nežymiai didesnis nei bendras Lietuvos – 2,33 ligonio, bet mažesnis už siekiamą – 9,42

2001 metų stacionarinio gydymo rodikliai VšĮ Jurbarko ligoninėje atrodė taip (Higienos institutas, 2001):

- ❖ gydymo įstaigos skyriuose gulėjo 5847 žmonės,
- ❖ išrašyti 5753 ligoniai, mirė – 94,
- ❖ sunaudoti 50211 lovadieniai.

Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapas 2003-2005 metai. Remiantis užsibrėžtais pirmojo etapo restruktūrizacijos tikslais, VšĮ Jurbarko ligoninėje numatyta (Jurbarko rajono savivaldybės taryba, 2003):

1. Sumažinti pagrindinių profilių lovų skaičių iki 124.
2. Akušerijos-ginekologijos skyrių perkelti iš atskiro pastato į pagrindinį ligoninės korpusą. Chirurgijos ir traumatologijos skyrius sujungti į vieną skyrių.

3. Atidaryti 20 lovų slaugos ir palaikomojo gydymo skyrių Jurbarko ligoninėje, įsigyti specialios slaugymo įrangos.
4. 2005 metais perkelti Eržvilko slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę į VšĮ Jurbarko ligoninę. 2005 metais slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuje numatomas turėti 45 lovas.
5. Įsteigus slaugos ir palaikomojo gydymo skyrių, lovų skaičius, įskaitant 10 dienos stacionaro ir 10 reabilitacijos lovų, 2004-2005 metais būtų 164 lovos.

Analizuojant pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo rezultatus VšĮ Jurbarko ligoninėje, stebima, kad užsibrėžti tikslai pasiekti dalinai. Įgyvendintas chirurgijos – traumatologijos skyrių sujungimas, akušerijos - ginekologijos skyrių perkėlimas iš atskirų pastatų į vieną bendrą ligoninės korpusą. Taip užtikrinama paslaugų kokybė ir įstaigos lėšų taupymas, atsisakant papildomų mokesčių už pastato išlaikymą. Stacionarinio gydymo lovų įstaigoje sumažėjo iki 186.

Pirmojo restruktūrizacijos etapo pabaigos 2005 metais, VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių ir juose esančių lovų pasiskirstymas lyginant su 2001 metų pabaigos rezultatais (VšĮ Jurbarko ligoninė, 2005):

- ❖ vidaus ligų skyrius – 30 lovų. Sumažėjo 21 lova, dėl specialisto nebuvimo nutraukta gerontologijos profilio veikla;
- ❖ neurologijos skyrius – 10 lovų, sumažėjo 10 lovų;
- ❖ psichosomatijos skyrius – 10 lovų;
- ❖ traumatologijos skyrius – 15 lovų, sumažėjo 10 lovų
- ❖ chirurgijos skyrius – 17 lovų. Sumažėja 3 lovomis, taip pat nelieka otolaringologijos profilio 5 lovų. Chirurgijos ir traumatologijos skyriai sujungiami;
- ❖ vaikų ligų skyrius – 15 lovų, sumažėja 5 lovomis;
- ❖ akušerijos skyrius – 5 lovos, mažėja 2 lovomis + 5 lovos nėštumo patologijos profilio
- ❖ ginekologijos skyrius – 14 lovų, vienintelis skyrius, kuris padidėja 4 lovomis;
- ❖ reanimacijos, intensyvios terapijos skyrius – 4 lovos;
- ❖ II lygio reabilitacijos skyrius – 20 lovų, padidėja 10 lovų;
- ❖ 2004 metai įkuriamas slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius su 5 lovomis. 2005 metais balandžio mėnesį skyrius didinamas iki 16 lovų. Lapkričio mėnesį uždarius Eržvilko slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę perkeliama dar 25 lovos (Jurbarko rajono savivaldybės taryba 2005). 2005 metais VšĮ Jurbarko ligoninės slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius dirba su 41 lova;
- ❖ 10 dienos stacionaro lovų paskirstoma į chirurgijos, traumatologijos ir ginekologijos skyrius.

Apibendrinant pirmo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo rezultatus, stebimas nežymus pokytis, išliko 12 skyrių, profilių. Bendras lovų skaičius - 186 lovos. Kaip matoma pateiktoje lentelėje (žr.10 lent.), aktyvaus stacionarinio gydymo lovų skaičius mažėja nuo 191 iki 145. Skirtumas ženklus – sumažėja 46 lovomis. Tačiau bendro skaičiaus augimą įtakojo atidarytas slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius, kuriame palapsniui įsteigiama 41 lova. Tai įtakoja atvykusių ligonių skaičiaus mažėjimą – 996, išrašytų – 1017. Mirusių asmenų skaičius ligoninėje išaugo – 17 ligonių. Skyriuose gydytų ligonių skaičius sumažėja – 1000. (Higienos institutas, 2005), sunaudotų lovadienių skaičius sumažėja – 9750, lovos funkcionavimo rodiklis išauga – 89,22 dienos, lovos apyvartos rodiklis didėja – 11,56 ligonio, vidutinis gulėjimo laikas trumpėja -0,29dienos. Letališkumas didėja iki 2,29 proc., mirusių skaičiaus didėjimas.

10 lentelė. VšĮ Jurbarko ligoninės 2001 - 2005 metų veiklos analizė

	Lovų skaičius	Atvyko	Išrašyti ligoniai	Mirė	Gydyta ligonių	Sunaudoti lovadieniai	Lovos funkcionavimas	Lovos apyvarta	Vidutinis ligonio gulėjimo laikas	Letališkumas
2001m.	191	5840	5753	94	5847	50211	262,61	30,58	8,59	1,61
2005m.	145	4844	4736	111	4847	40461	351,83	42,14	8,3	2,29
Skirtumas	46	996	1017	17	1000	9750	89,22	11,56	0,29	

Šalinis: sudaryta autoriaus pagal VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VšĮ Jurbarko ligoninė 2001, 2005)

Vertinant pirmo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo t metų laikotarpio rezultatus, galima teigti, kad tikslas optimizuoti stacionarines paslaugas įgyvendintas. Siekiant sutaupyti lėšų, ginekologijos – akušerijos skyrius perkeltas iš atskiro pastato į pagrindinį ligoninės korpusą, nepelningai dirbantys skyriai sujungti į vieną. Sumažintas stacionarinio gydymo lovų skaičius, padidintas reabilitacijos skyriaus lovų skaičius, jam suteikta teisė reabilituoti judamojo – atramos aparato pažeidimus turinčius pacientus, iki 2005 metų reabilitavo tik nervų sistemos ligomis sirgusius pacientus. Gauti teigiami rezultatai, rodo stacionarinių paslaugų efektyvumo didėjimą, lyginant su bendru Lietuvos vidurkiu. Kaip matome lentelėje (žr.11 lent.), vidutinė gulėjimo trukmė yra nežymiai didesnė - 0,3 dienos, Lovos apyvarta VšĮ Jurbarko ligoninėje – 7,14 ligoniais didesnė, tai rodo stacionarinio gydymo laiko trumpėjimą, bei teikiamų gydymo paslaugų apimčių didėjimą. Lovos funkcionavimas – 43,83 dienos, didesnis nei bendras Lietuvos vidurkis, tai parodo efektyvesnę stacionaro lovos panaudojimą. Mažas hospitalizacijų rodiklis 100 gyventojų – 14 ligonių. Galima daryti prielaidą, kad šį skaičių optimizuoja ambulatorinių paslaugų plėtra, mažas rajono gyventojų sergamumas, išvykimas gydytis į kitas

gydymo įstaigas. Gyventojų skaičius Jurbarko rajono savivaldybėje - 35 517 tūkst., šis skaičius mažėja (Lietuvos statistikos departamentas, 2005).

11 lentelė. 2005 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai

Rodikliai I etapas	Lietuva (pasiekta)	Jurbarko ligoninė (pasiekta)	skirtumas
Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė	8	8,3	0,3
Lovos funkcionavimas	308	351,83	43,83
Lovos apyvarta	35	42,14	7,14
Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų	20,2	13,96	6,24

Šalinis: sudaryta autoriaus, pagal VŠĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VŠĮ Jurbarko ligoninė, 2005)

Tikslas - slaugos paslaugų plėtra, įgyvendintas. Įkurtas slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius, kuriame atidaryta 41 lova, įsigyta specialios slaugymo įrangos, įdarbinta daugiau personalo.

Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapas, laikotarpis 2006-2008 metai. Jo metu VŠĮ Jurbarko ligoninėje numatyta (Jurbarko rajono savivaldybės taryba, 2007):

1. Plėtoti ambulatorinės reabilitacijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas;
2. Siekti, kad iki 2008 metų Jurbarko ligoninėje mažiau kaip 20 procentų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis.
3. Siekti, kad iki 2008 metų pabaigos slaugos ir palaikomojo gydymo lovų rodiklis siektų iki 2 lovų 1000-čiui gyventojų (Jurbarko rajono savivaldybės taryba, 2008):;
4. Optimizuoti reabilitacijos paslaugų teikimą, plėtojant ambulatorinės reabilitacijos paslaugas.
5. Plėtojamoms pacientų stebėjimo paslaugoms, perprofiluojant 3 stacionarines lovas
6. Nervų ligų skyrius sujungiamas su Vidaus ligų skyriumi, atliekamas patalpų remontas.
7. Stiprinti kardiologinę pagalbą, įsigyjant echokardiografą, veloergometrijos kompleksą, elektrokardiografą, defibriliatorių.
8. Stebimas gimdymų skaičius, esant neigiamai dinamikai, sprendžiamas klausimas dėl akušerinio skyriaus uždarymo (ne mažiau 300 gimdymų per metus).
9. Įdiegiama kompiuterizuota duomenų bazė ligoninės skyriuose, kompiuterizuojamos gydytojų darbo vietos, kompiuterizuojami budinčių slaugytojų postai skyriuose.
10. Slaugos ir palaikomojo gydymo skyriaus pastato patalpų rekonstrukcija.
11. Renovuojamas pagrindinis ligoninės pastatas.

Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo pabaigos 2008 metais, VŠĮ Jurbarko ligoninės skyrių ir juose esančių lovų pasiskirstymas atrodė taip (VŠĮ Jurbarko ligoninė, 2008)::

- ❖ vidaus ligų skyrius – 30 lovų;

- ❖ neurologijos skyrius – 5 lovos, sumažėjo 5 lovų;
- ❖ psichosomatijos skyrius – 15 lovų, padaugėjo 5 lovomis;
- ❖ traumatologijos skyrius – 15 lovų;
- ❖ chirurgijos skyrius – 17 lovų;
- ❖ vaikų ligų skyrius – 15 lovų;
- ❖ akušerijos skyrius – 5 lovos, + 5 lovos nėštumo patologijos profilio;
- ❖ ginekologijos skyrius – 14 lovų;
- ❖ reanimacijos, intensyvios terapijos skyrius – 4 lovos;
- ❖ II lygio reabilitacijos skyrius – 20 lovų;
- ❖ slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius – 45 lovos, jų skaičius padidėjo 4 lovomis, kurios įkurtos 2006 metų kovo mėnesį.

Apibendrinant antro sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo rezultatus stebime, kad skyrių ir profilių skaičius nepakito, jų liko – 12. Lovų skaičius išaugo tik slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuje - 4 lovomis, todėl bendras stacionaro lovų išaugo iki 190. Kaip matoma pateiktoje lentelėje (žr. 12 lent.), atvykusių ligonių sumažėjo – 272, išrašytų ligonių skaičius sumažėjo - 253. Mirusių asmenų skaičius sumažėjo – 16 ligonių, Gydytų ligonių skaičius yra sumažėjo - 269 asmenų (Higienos institutas, 2008). Lyginant su pirmojo restruktūrizacijos etapo rezultatais sunaudotų lovadienių skaičius mažėjo – 591. Lovos funkcionavimas mažėjo – 32,90 dienos, lovos apyvarta sumažėjo – 5,52 ligonio. Vidutinis gulėjimas laikas pailgėjo – 0,41 dienos. Letališkumas sumažėjo iki 2,08 proc. Apibendrinant galima teigti, kad aktyvaus gydymo lovų skaičius nepakito, tačiau stebimas nežymus atvykusių ir išvykusių stacionaro ligonių mažėjimas. Vidutinio gulėjimo laiko ilgėjimas įtakoja lovos funkcionavimo ir lovos apyvartos rodiklių mažėjimą, kas rodo, kad mažėja stacionarinio gydymo lovos efektyvumas.

12 lentelė. VšĮ Jurbarko ligoninės 2005-2008 metų veiklos analizė

	Lovų skaičius	Atvyko	Išrašyti ligoniai	Mirė	Gydyta ligonių	Sunaudoti lovadieniai	Lovos funkcionavimas	Lovos apyvarta	Vidutinis ligonio gulėjimo laikas	Letališkumas
2005m.	145	4844	4736	111	4847	40461	351,83	42,14	8,3	2,29
2008m.	145	4572	4483	95	4578	39870	318,93	36,62	8,71	2,08
Skirtumas	0	272	253	16	269	591	32,90	5,52	0,41	

Šalinis: sudaryta autoriaus pagal VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VšĮ Jurbarko ligoninė 2005, 2008)

Vertinant antro sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo 2006-2008 laikotarpio rezultatus aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius išlieka tas pats -145 lovos. Stebimas nežymus slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus didėjimas skyriuje iki 45 lovų. Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos išaugo iki 128 atvejų. 2008 metais slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuje įkurtos dvi globos lovos. Bendradarbiaujant su Jurbarko rajono savivaldybės socialinės paramos skyriumi slaugos paslaugos teikiamos kartu su socialinėmis paslaugomis. Tikslas, kad iki 2008 metų pabaigos slaugos ir palaikomojo gydymo lovų rodiklis siektų iki 2 lovų 1000-čiui gyventojų liko neįgyvendintas. Pagal esamą gyventojų skaičių 32 954, (Lietuvos statistikos departamentas, 2008) šio gydymo profilio lovų turėtų būti apie – 66, nagrinėjamu laikotarpiu lovų skaičius yra 45. Nuolat didėja ne tik lygio stacionarinės reabilitacijos atvejų skaičius, bet ir ambulatorinės reabilitacijos skaičius, jis išaugo beveik dvigubai ir siekia - 313. Priėmimo skyriuje įkurta stebėjimo palata su trimis lovomis, jose teikiamos stebėjimo paslaugos neaiškios būklės pacientams. Įsigyta naujos modernios įrangos skirtos kardiologinėms ligoms gydyti. Pradėtas slaugos ir palaikomojo gydymo skyriaus modernizavimas. Pastatas nepritaikytas slaugomiems ligoniams, kadangi anksčiau jame buvo įkurtas akušerijos ir ginekologijos skyrius. Tačiau liko ir neįgyvendintų tikslų. Dėl lėšų stygiaus nepradėtas renovuoti pagrindinis pastatas. Nepakankamai kompiuterizuoti skyriai, kompiuteriai įrengti tik gydytojų, skyrių vedėjų kabinetuose. Neįdiegta bendra duomenų bazė, kaip buvo numatyta. Stebimas gimdymų skaičius rodo neigiamą dinamiką, gimdymų nuolat mažėja: 2006 metais – 207, 2007 metais – 189, 2008 metais - 188. Operacijų skaičius mažėja: 2006 metais - 1128 , 2007 metais - 1053 , 2008 metais – 1038.

Lyginant Lietuvos ir VŠĮ Jurbarko ligoninės antro restruktūrizacijos etapo rezultatus (žr. 13 lent.), stebimas rodiklių nežymus mažėjimas. Vidutinė gulėjimo trukmė ilgesnė – 0,71 dienos, nei bendras Lietuvos rodiklis. Lovos funkcionavimas trumpesnis - 1,07 dienos. Lovos apyvarta mažesnė – 0,38 žmogaus. Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų mažesnis - 4,66 žmogaus.

13 lentelė. 2008 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai

Rodikliai II etapas	Lietuva (pasiekta)	Jurbarko ligoninė (pasiekta)	skirtumas
Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė (dienų)	8	8,71	0,71
Lovos funkcionavimas (dienų per metus)	320	318,93	1,07
Lovos apyvarta (žmonių)	37	36,62	0,38
Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų (ligonių)	21,5	14,44	4,66

Šalinis: sudaryta autoriaus, pagal VŠĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VŠĮ Jurbarko ligoninė, 2008)

Vertinant sveikatos politikos numatytus tikslus, galima teigti, kad jie VŠĮ Jurbarko ligoninėje vykdomi nuosekliai optimizuojamas stacionarinis gydymas, didinamas dienos chirurgijos ir dienos paslaugų, stacionarinės reabilitacijos paslaugų skaičius. Skatinamas ambulatorinės reabilitacijos augimas. Modernizuojami ir rekonstruojami skyriai, labiau juos pritaikant pacientų poreikiams, perkama pažangesnė gydymo aparatūra. Chirurgijos skyriuje atlikdama daugiau kaip 660 operacijų per metus. Tai sąlyga, kuri leidžia skyriaus neuždaryti. Plečiamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos, apjungiant jas su socialinėmis paslaugomis. Tam panaudojamos PSDF, ES, VIP, Jurbarko rajono savivaldybės biudžeto lėšas. Tačiau dalis politikos įgyvendinta dalinai, arba neįgyvendinta visiškai. Dėl lėšų stygiaus nepradėta pagrindinio pastato renovacija. Dalinai kompiuterizuoti skyriai. Nepaisant gimdymų dinamikos mažėjimo, akušerijos skyrius neuždarytas ir toliau dirba nuostolingai. Nors ir buvo teigiama, jog privaloma sąlyga išlaikyti akušerijos skyrių yra 300 gimdymų per metus.

Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapas, laikotarpis 2009-2012 metai. Jo metu VŠĮ Jurbarko ligoninėje numatyta:

1. 2009 – 2013 metais įgyvendinti projektas „VŠĮ Jurbarko ligoninės paslaugų kokybės gerinimas modernizuojant ambulatorinių, ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, priėmimo skubios pagalbos bei chirurgijos infrastruktūrą”.
2. Stebėti gimdymų skaičių, esant mažėjimo dinamikai, spręsti dėl akušerinio skyriaus uždarymo. Ne mažiau 300 gimdymų per metus.
3. Klinikinės diagnostikos laboratorijos modernizacija.
4. Slaugos paslaugų plėtra, įsteigiant paliatyviosios pagalbos paslaugas.

Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo pabaigos ,2012 metais VŠĮ Jurbarko ligoninės skyrių ir juose esančių lovų pasiskirstymas:

- ❖ vidaus ligų skyrius – 30 lovų, iš jų 2 lovos paliatyviosios pagalbos;
- ❖ neurologijos skyrius – 6 lovos;
- ❖ psichosomatijos skyrius – 15 lovų;
- ❖ traumatologijos skyrius – 18 lovų iš jų 2 dienos chirurgijos ;
- ❖ chirurgijos skyrius – 16 lovų iš jų 4 dienos chirurgijos;
- ❖ vaikų ligų skyrius – 16 lovų;
- ❖ akušerijos skyrius 2009 metais rugsėjo 1 diena, uždaromas dėl mažo gimdymo skaičiaus;
- ❖ ginekologijos skyrius – 12 lovų, iš jų 4 dienos chirurgijos.+ 5 lovos nėštumo patologijos profilio;
- ❖ reanimacijos, intensyvios terapijos skyrius – 4 lovos;

- ❖ II lygio rehabilitacijos skyrius – 20 lovų;
- ❖ slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius – 45 lovos iš jų 2 globos lovos.,
- ❖ Priėmimo – skubios pagalbos skyrius – 3 stebėjimo lovos.

Apibendrinant trečio sveikatos priežiūros įtaigų ir paslaugų rezultatus VšĮ Jurbarko ligoninėje, stebimas stacionaro skyrių ir paslaugų skaičiaus augimas. Atidaromos 10 lovų dienos chirurgijos paslaugų, įkuriamos 3 stebėjimo paslaugos lovos. Šio profilio gydymo paslaugos trumpalaikės, nereikalaujančios didelių finansinių investicijų. Įkuriamos 2 paliatyviosios pagalbos lovos, tai paslauga, kuri teikiama neribotą laiką, asmenims sergantiems lėtinėmis ir nepagydomomis ligomis. Dėl gimdymų skaičiaus ženklaus mažėjimo – 117 gimdymų per aštuonis 2009 metų mėnesius, akušerijos skyrius uždarytas. Lyginant antro ir trečio restruktūrizacijos etapo rezultatus (žr. 14 lent.) matome, kad lovų skaičius per tris metus išliko nepakitęs – 145 ir 45 slaugos lovos. Atvykusių ligonių skaičius sumažėjo – 411 žmonių, išrašytų – 551 žmonėmis. Mirusių asmenų skaičius gydymo įstaigoje mažėjo – 14. Gydytų asmenų skaičius sumažėjo - 565, (Higienos institutas, 2012), sunaudota – 4059 lovadieniai mažiau nei antro restruktūrizacijos etapo metu. Lovos funkcionavimo rodiklis sumažėjo – 25,4 dienos, lovos apyvarta sumažėjo – 3,73 žmogaus, vidutinis gulėjimo laikas išaugo iki – 0,21 dienos. Letališkumas sumažėjo iki 4.02 proc.

14 lentelė. VšĮ Jurbarko ligoninės 2008-2012 metų veiklos analizė

	Lovų skaičius	Atvyko	Išrašyti ligoniai	Mirė	Gydyta ligonių	Sunaudoti lovadieniai	Lovos funkcionavimas	Lovos apyvarta	Vidutinis ligonio gulėjimo laikas	Letališkumas
2008m.	145	4572	4483	95	4578	39870	318,93	36,62	8,71	2,08
2012m.	145	4161	3932	81	4013	35811	293,53	32,89	8,92	2,02
Skirtumas	0	411	551	14	565	4059	25,4	3,73	0,21	

Šalinis: sudaryta autoriaus pagal VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VšĮ Jurbarko ligoninė 2005, 2012)

Lyginant Lietuvos ir VšĮ Jurbarko ligoninės antro restruktūrizacijos etapo rezultatus (žr. 15 lent.), stebimas, kad vidutinė gulėjimo trukmė ilgesnė – 0,71 dienos, nei bendras Lietuvos rodiklis. Lovos užimtumas didėjo - 27,83 dienos. Lovos apyvarta mažėjo – 6,11 dienos. Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų mažesnis – 9,12 žmogaus. Gyventojų skaičius Jurbarko rajono savivaldybėje 2012 metai 29 657 tūkst.(Lietuvos statistikos departamentas, 2012).

15 lentelė. 2012 metų stacionaro veiklos statistiniai rodikliai

Rodikliai III etapas	Lietuva (pasiekta)	Jurbarko ligoninė (pasiekta)	skirtumas
Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė (dienų)	8	8,71	0,71

Lovos funkcionavimas (dienų per metus)	265,7	293,53	27,83
Lovos apyvarta(ligoniai)	39	32,89	6,11
Hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų (ligonių)	23,6	14,48	9,12

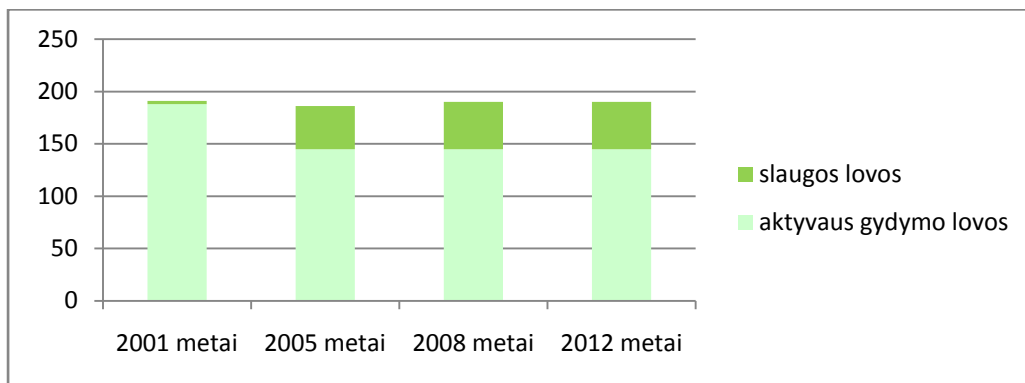
Šalinis: sudaryta autoriaus, pagal VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinę (VšĮ Jurbarko ligoninė, 2012)

Vertinant trečio sveikatos priežiūros įtaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo sveikatos politikos rezultatus VšĮ Jurbarko ligoninėje, galima teigti, kad stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūra tobulinama optimizuojant stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų santykį. Plėtojamos ambulatorinės reabilitacijos paslaugos. Skyrius plečiamas aprūpinant reikalinga medicinos įranga, sukuriamos papildomos darbo vietos naujiems ambulatorinės komandos specialistams. Ambulatorinės reabilitacijos galimybės plečiamos stacionarinės reabilitacijos sąskaita, trumpėja optimalus reabilitacijos laikas. Daugiau dėmesio skirta trumpalaikio gydymo, kurio teikimo trukmė iki 72 valandų, plėtrai, plėtojamos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos. Šios paslaugos neformuoja naujo ligonių srauto, bet jį perskirsto, dėl to trumpėja planinės operacijos laukiančių asmenų eilės, taupomos PSDF biudžeto lėšos. Kadangi atliekamų chirurginių operacijų skaičius išlieka stabilus, 2009 metais - 917, 2010 metais - 779, 2011 metais - 824, 2012 – 1112, chirurgijos skyrius neuždaromas (VšĮ Jurbarko ligoninė, 2012) Siekiant pagerinti teikiamų operacinio gydymo paslaugų kokybę, atliekamas operacinės remontas, įsigyjama nauja chirurginio gydymo įranga. Išlaidos apmokėtos iš ES, Jurbarko rajono savivaldybės biudžeto lėšų. Nuo 2012 metais rugpjūčio mėnesio pradėta teikti paliatyviosios pagalbos paslauga, kuri apmokama PSDF lėšomis. Tai pagerino šių paslaugų prieinamumą progresuojančiomis ir nepagydomomis ligomis sergantiems pacientams. Esant neigiamai gimdymo skaičiaus dinamikai, 2009 metų rugsėjo 1d. uždaromas akušerijos skyrius. Gimdyvės nukreipiamos į gretimų rajonų ligonines, LSMU Kauno klinikas, esant būtinybei pervežamos GMP automobiliu.

2009 metais pradėtas įgyvendinti projektas „VšĮ Jurbarko ligoninės paslaugų kokybės gerinimas modernizuojant ambulatorinių, ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, priėmimo skubios pagalbos bei chirurgijos infrastruktūrą“. Kadangi gydymo įstaiga morališkai ir fiziškai pasenusi, dėl to kenčia pacientams teikiamų paslaugų kokybė. Jurbarko ligoninė yra nepajėgi savarankiškai ir kompleksiškai atnaujinti medicininės įrangos, rekonstruoti ar remontuoti skyrių patalpų ir plėsti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų spektrą. 2009-2012 metų laikotarpiu suremontuotos konsultacinės poliklinikos, ambulatorinės reabilitacijos, dienos chirurgijos skyrių patalpos. Rekonstruotos patalpos skirtos palaityviosios pagalbos padalinio įsteigimui. Skyriai aprūpinti reikiama medicinine įranga. Įgyvendinus projektą, Jurbarko bei aplinkinių rajonų gyventojams bus greičiau diagnozuojami sveikatos sutrikimai, mažės sergamumas, bus išsaugotas darbingumas, mažės ligonių nedarbo dienų skaičius, ilgės gyvenimo trukmė. Projektas finansuojamas iš Europos regioninės plėtros fondo, ES struktūrinių fondų ir

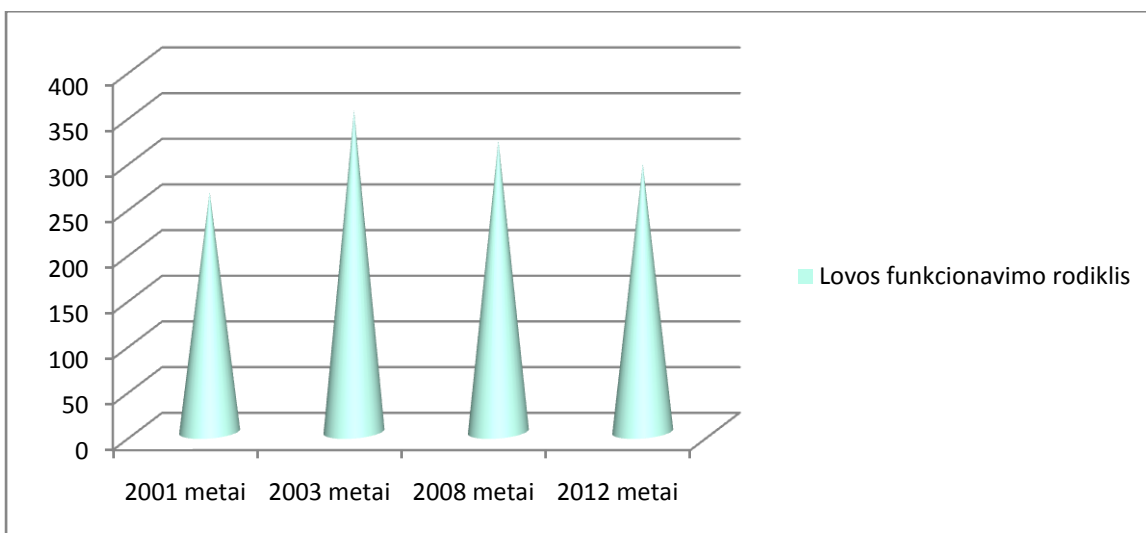
Lietuvos valstybės biudžeto lėšų. Projektas buvo tęsiamas iki 2013 metų spalio 1d.9 (VŠĮ Jurbarko ligoninė, 2016)

Apibendrinant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos trijų etapų rezultatus VŠĮ Jurbarko ligoninėje stebime aktyvaus ir slaugos lovų skaičiaus kitimo tendenciją (žr. 9 pav.). Bendras faktinių lovų skaičius keičiasi nežymiai, tačiau didėja slaugos lovų skaičius. Faktinių lovų skaičius 2001 metai – 191 lova, 2005 metais – 186 lovos, 2008 metais – 190 lovų, 2012 metais – 190 lovų. Iš jų slaugos lovų 2001 metai – 3 lovos, 2005 metais – 41 lova, 2008 metais – 45 lovos, 2012 metais – 45 lovos. Tačiau gydymo skyriuose kiekvieno sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo metu lovų skaičius perskirstomas. Įsteigiamos trumpalaikio ir stebėjimo paslaugos, kuriose lovų skaičius neženkliai didinamas, kitų gydymo skyrių lovų sąskaita.

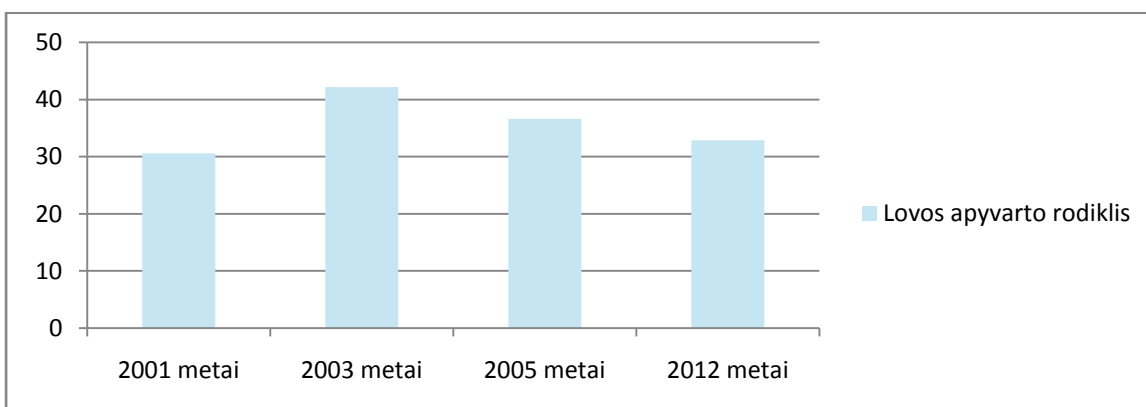


9 pav. Faktinių lovų skaičius VŠĮ Jurbarko ligoninėje. Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Jurbarko ligoninės skyrių lovadienius ir apsilankymai. (VŠĮ Jurbarko ligoninė 2001, 2003, 2005, 2012)

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos metu VŠĮ Jurbarko ligoninėje stebėtas lovos funkcionavimo rodiklio kitimas (žr. 10 pav.). Siekiant efektyviai išnaudoti aktyvaus gydymo stacionaro lovą, rekomenduojamas siekti 330 dienų lovos funkcionavimo rodiklio per metus. Pateikti rezultatai parodo, kad pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo metu šis rodiklis buvo pasiektas ir viršytas. Galima daryti prielaidą, kad tai paskatino stacionaro lovų skaičiaus mažinimas nuo 191 iki 145. Antrojo ir trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapų metu lovos funkcionavimo rodiklis mažėjo, tai nulėmė skyriaus remontas ar kitos organizacinės priemonės. Taip pat galima daryti prielaidą, kad stacionare yra lovų perteklius.

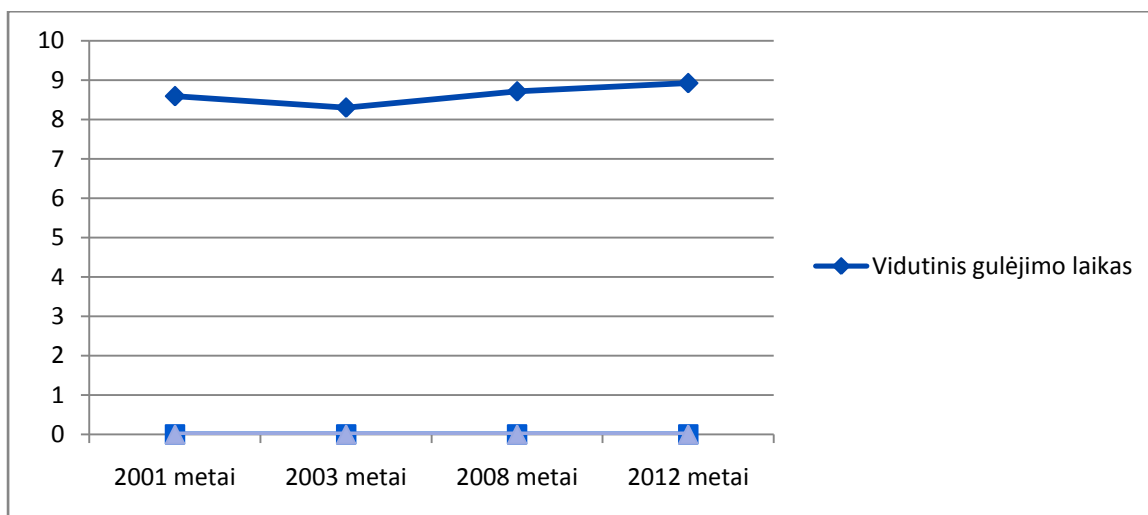


10 pav. Lovos funkcionavimo rodikliai VšĮ Jurbarko ligoninėje. Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Jurbarko ligoninės skyrių lovadienius ir apsilankymai. (VšĮ Jurbarko ligoninė 2001, 2003, 2005, 2012).



11 pav. Lovos apyvartos rodikliai VšĮ Jurbarko ligoninėje. Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Jurbarko ligoninės skyrių lovadienius ir apsilankymai. (VšĮ Jurbarko ligoninė 2001, 2003, 2005, 2012).

Lovos apyvartos rodiklis parodo, kiek vidutiniškai vienoje stacionaro lovoje gulėjo ligonių per metus. Didžiausia lovos apyvarta, VšĮ Jurbarko ligoninėje buvo įvertinus pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo rezultatus (žr. 11 pav.). Vienoje stacionaro lovoje gulėjo 42,14 ligonio. Antrojo ir trečiojo restruktūrizacijos etapų metu šis rodiklis mažėjo. Galima daryti prielaidą, kad aktyvaus gydymo skyriuose buvo lovų perteklius arba įtakos turėjo lovos prastovos, kada dėl organizacinių priežasčių lova nefunkcionuoja.



12 pav. Vidutinis gulėjimo laikas VŠĮ Jurbarko ligoninėje. Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal Jurbarko ligoninės skyrių lovodieniai ir apsilankymai. (VŠĮ Jurbarko ligoninė 2001, 2003, 2005, 2012).

Vidutinė ligonio gulėjimo stacionare trukmė priklauso nuo daugelio priežasčių: stacionarizavimo priežasties, ligos pobūdžio, ligonio ištyrimo operatyvumo, gydymo efektyvumo ir kitų priežasčių. Siekiama vidutinė ligonio gulėjimo trukmė skyriuose yra 7 dienos. Lyginant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos rezultatus VŠĮ Jurbarko ligoninėje, aukščiausias rezultatas pasiektas pirmojo restruktūrizacijos etapo metu (žr. 12 pav.). Antrojo ir trečiojo restruktūrizacijos etapų metu gauti rezultatai viršija rekomenduojamą rodiklio vidurkį. Galima daryti prielaidą, kad tai įtakojo reabilitacijos skyriaus plėtra, šiame skyriuje siekiama vidutinė gulėjimo trukmė yra 23 dienos. Organizacinės priežastys, kai gydymas sąmoningai tęsiamas ilgiau nei rekomenduojama, sunkios ligos būklės, komplikacijų grėsmė.

3.3 VŠĮ Jurbarko ligoninės veiklos kryptių, priemonių ir rezultatų apibendrinimas

Vertinant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo pokyčius Jurbarko ligoninėje 2003-2012 metų laikotarpiu, stebimas optimizuojamas stacionarinių ir ambulatorinių paslaugų santykis. Stiprinamas priėmimo - skubios pagalbos skyrius, kuriame pradėta teikti nauja – stebėjimo paslauga. Plėtojamos ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, stacionarinių reabilitacijos paslaugų sąskaita. Skyrius modernizuojamas įsigyjant naujos gydymui reikalingos aparatūros, plečiama reabilitacijos komanda priimant naujų specialistų. Skatinamos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos. Tai leidžia ekonomiškiau naudoti lėšas, bei reguliuoti planinių operacijų laukiančių pacientų srautus.

Optimizuojant stacionarinę pagalbą daugiau dėmesio skiriama trumpalaikio gydymo paslaugoms. Mažinamas stacionarinio gydymo faktinių lovų skaičius aktyvaus gydymo skyriuose, trumpinamas

maksimalus lovadienių skaičius. Taip siekiama didinti lovos funkcionalumą, bei mažinti perteklinį ligonių gydymą stacionare, kai pagal indikacijas tai nėra būtina, arba hospitalizuojama dėl socialinių priežasčių.

Padidintas reabilitacijos skyriaus lovų skaičius, išplėsta reabilitacijos paslaugų pasiūla, suteikta teisė reabilituoti judamojo – atramos aparato pažeidimus ir nervų sistemos ligomis sergančius pacientus.

Siekiant taupyti lėšas sujungti, bei sukelti į pagrindinį korpusą mažiau ligonių aptarnaujantys skyriai. Dėl neigiamos gimdymų skaičiaus dinamikos, uždarytas nuostolingai dirbantis akušerijos skyrius, kas privertė atleisti skyriaus darbuotojus. Gimdyvės, esant reikalui, GMP automobiliu pervežamos į gretimų rajonų ligonines, LSMUL Kauno klinikas.

Siekiant išlaikyti chirurgijos skyrių papildomai įdarbinta naujų specialistų, suburta nauja profesionalų komanda. Įsitikinus, kad operacijų skaičius didėja, atlikta operacinės ir chirurgijos skyriaus modernizacija, įsigyta moderni medicinos įranga.

Įkurtas slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius su 16 stacionaro lovų. Uždarius Eržvilko slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę perkeltos dar 25 lovos. Palaipsniui slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuje įsteigtos 45 lovos, įsigyta specialios slaugymo įrangos, įdarbinta daugiau personalo. Slaugos paslaugų atsiradimą įtakoja demografiniai pokyčiai. Nuolatinis gyventojų senėjimas, didina sergamumą lėtinėmis ligomis, todėl didėja krūvis sveikatos priežiūros įstaigoms. Vertinant susidariusią situaciją galima pabrėžti, kad ateityje gyventojų senėjimas dar labiau didės, todėl slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų poreikis išaugs.

Slaugos paslaugos plečiamos apjungiant jas su socialinėmis paslaugomis, taip pradėtos teikti globos paslaugos. Kadangi šiai paslaugai suteiktas ilgalaikės globos statusas, ja galima stacionare naudotis neribotą laiką.

Pritaikius patalpas pradėta teikti paliatyviosios pagalbos paslauga stacionare. Tai pagerino šių paslaugų prieinamumą progresuojančiomis ir nepagydomomis ligomis sergantiems pacientams. Paliatyvioji pagalba integruoja slaugos, socialinius, psichologinius ir dvasinius pacientų priežiūros aspektus.

Igyvendintas gydymo įstaigos infrastruktūros modernizavimo projektas suteikė galimybę pagerinti pacientams teikiamų paslaugų kokybę. Jo metu buvo atlikta skyrių patalpų rekonstrukcija ir remontas, įsigyta moderni gydymo įranga. Tai leido didinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų spektrą.

Stacionarinio gydymo optimizavimas, slaugos paslaugų plėtra, leido efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas. Gydymo įstaigoje atlikta modernizacija ir rekonstrukcija, įsigyta moderni gydymo technika informacinių technologijų įkūrimas ir tobulinimas, panaudojant lėšas gautas iš Europos regioninės plėtros

fondo, ES struktūrinių fondų, Lietuvos valstybės biudžeto, VIP, Jurbarko rajono savivaldybės biudžeto, bei gydymo įstaigos sutaupytų lėšų.

IŠVADOS

1. Viešojo valdymo reformą reikėtų suprasti, kaip visumą viešojo sektoriaus pokyčių organizacijų struktūrose ir procesuose, siekiant pagerinti jų veiklą. Sveikatos sistemos reforma, tai sveikatos priežiūros politikos ir sveikatos priežiūros institucijų pertvarka siekiant gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą ir efektyvinti sveikatos sektoriaus veiklą. Sveikatos sistemos reformos tikslas – sveikatos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas, gydymo įstaigų veiklos optimizavimas, gydymo išlaidų mažinimas. Sveikatos politikos vertinimas pateikia informaciją apie sveikatos politikos rezultatų vertę arba sveikatos politikos veiksmingumą. Tai reiškia, kad vertinimas atskleidžia kiek vertingi arba veiksmingi įgyvendinti užsibrėžti tikslai ir uždaviniai.

2. Pagrindiniai sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo ypatumai yra ambulatorinės sveikatos priežiūros prieinamumo didinimas ir paslaugų kokybės gerinimas. Tai reiškia, kad suteikiamas ne tik reikiamas gydymas, bet ir profilaktika, bei įsisenėjusių lėtinių būklių stebėjimas. Ilgas nepagrįstas stacionarinis gydymas keičiamas trumpesnėmis ir efektyvesnėmis gydymo paslaugomis – dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos, stabėjimo paslaugomis. Ilgalaikio gydymo atsiradimas ir plėtra, kuri įtakojo didelis pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmonių lėtinės ir ilgai trunkančios ligos, kurioms labiau reikalinga slauga nei gydymas.

3. Lietuvoje yra sukurta, nuolat tobulinama sveikatos politikos teisinė bazė. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos pirmasis, antrasis ir trečiasis etapai įgyvendinti remiantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės parengtais ir patvirtintais trimis pagrindiniais nutarimais. Reformos strategijos sukurta remiantis sveikatos reformų rezultatų vertinimu užsienio valstybėse. Tačiau teisinės priemonės neapsaugo nuo nesėkmės jei į jas žiūrima formaliai ir jų nesilaikoma. Ambulatorinių paslaugų grandies plėtra vertinama pakankamai teigiamai dėl paslaugų kokybės ir prieinamumo pagerėjimo. Tačiau hospitalizacijos lygio mažinimas nesuvaldytas, nepagerėjo stacionarinių gydymo įstaigų lovų panaudojimas. Uždaryti gimdymo ir chirurgijos skyriai rajoninio lygmens ligoninėse apsunkino paslaugų prieinamumą rajono gyventojams.

4. Remiantis statistinių duomenų analize sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo įtaka VšĮ Jurbarko ligoninės 2003 – 2012 metų veiklai. Optimizuojant stacionarinę pagalbą mažinamas stacionarinio gydymo faktinių lovų skaičius aktyvaus gydymo skyriuose. Daugiau dėmesio skiriama trumpalaikio gydymo - dienos chirurgijos, ir dienos stacionaro paslaugoms. Siekiant išlaikyti chirurgijos skyrių, suburta specialistų profesionalų komanda, atnaujinta operacijoms reikalinga įranga. Padidintas reabilitacijos skyriaus lovų skaičius, išplėsta reabilitacijos paslaugų pasiūla. Plėtojamos ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, stacionarinių reabilitacijos paslaugų sąskaita. Įkurtas slaugos ir palaikomojo

gydymo skyrius, kuris palaipsniui išplėstas iki 45 stacionaro lovų. Įsteigta globos paslauga – 2 stacionarinės lovos, paliatyviosios pagalbos paslauga – 2 stacionarinės lovos. Dėl mažo gimstamumo uždarytas akušerijos skyrius. Sujungti mažiau ligonių aptarnaujantys skyriai.

REKOMENDACIJOS

1. Mažėjant gyventojų skaičiui rajone, mažinti aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičių VŠĮ Jurbarko ligoninėje. Gydymo įstaigai tai leis padidinti lovos užimtumo ir lovos apyvartos rodiklius, bei skatins efektyviau panaudoti finansinius išteklius.
2. Nuosekliai ir kryptingai didinti trumpalaikių gydymo paslaugų plėtrą VŠĮ Jurbarko ligoninėje. Gydymo įstaigai tai leis optimizuoti vidutinės gulėjimo trukmės rodiklius. D daugiau dėmesio skirti dienos paslaugos ir dienos chirurgijos paslaugų plėtrai. Atnaujinti medicininę įrangą, stiprinti specialistų komandą.
3. Siekiant gerinti socialinę situaciją Jurbarko rajone, didinti globos lovų skaičių slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuje, kuriame slaugos paslaugos būtų teikiamos kartu su socialinėmis paslaugomis.
4. Siekiant teikti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas stacionare, suburti specialistų profesionalų komandą, kuri skatins VŠĮ Jurbarko ligoninę tapti konkurencinga gydymo įstaiga regione.

LITERATŪRA

1. Chlivickas, E., Domarkas, V., Gaulė, E., ir kt. (2010). *Įvadas į viešąjį valdymą*. Kaunas: Kauno technologijos universitetas, „Technologija“.
2. Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 1 (17), 131-137. [žiūrėta 2017 03 03]. Prieiga per internetą http://www.su.lt/images/leidiniai/JMD/2008_17/19_Cepulyte_Palubinskaite.pdf
3. Dunn, W., N. (2006). *Viešosios politikos analizė*. Vilnius: Homo liber.
4. Dvorak, J. (2011). *Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje: diegimas, mastas ir reikšmingumas: daktaro disertacija*. Vytauto Didžiojo universitetas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. [žiūrėta 2017 03 15]. Prieiga per internetą <http://gs.elaba.lt/object/elaba:1959585/>
5. Filipavičiūtė, R., Gaigalienė, B., Čeremnych, J., Butkienė, B., Jurgelėnas, A., Alekna, V. (2010). Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis. *Gerontologija*, 11(1), 14-20. [žiūrėta 2017 03 15]. Prieiga per internetą http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2010/nr_1/2010_14_20.pdf
6. Gaižauskienė, A., Petrauskienė, J., Kalėdienė, R., Cicėnienė, V., Žemgulienė, J. (2003). *Sveikatos statistikos vadovas*. Vilnius: Petro ofsetas.
7. Ginzberg E. (1991). Key to health policy. A report from foundation for health services research., *Health services research*. Harvard: University press. [žiūrėta 2017 03 17]. Prieiga per internetą https://books.google.lt/books?id=N3WxuzS5iqAC&pg=PA392&lpg=PA392&dq=Key+to+health+policy.A+report+from+foundation+for+health+services+research.&source=bl&ots=07vU_p1Kz&sig=dVJi3Bdq85Kr7_Ii9zKwvPQrLcA&hl=lt&sa=X&ved=0ahUKEwj91d6Lr97SAhUDCiwKHaNEC944ChDoAQhAMAU#v=onepage&q=Key%20to%20health%20policy.A%20report%20from%20foundation%20for%20health%20services%20research.&f=false
8. Gudžinskas, L. (2012). Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai. *Politologija*, 3(67), 61-94. [žiūrėta 2017 03 01]. Prieiga per internetą <http://www.zurnalai.vu.lt/politologija/article/view/912/433>
9. Jankauskienė, D. (2007). Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais. *Medicinos teorija ir praktika*, 13(2), 152-159. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą <http://mtp.lt/files/MEDICINA-2007-2-07-JANK.pdf>
10. Jankauskienė, D. (2011). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(3), 7-26. [žiūrėta 2017 02 01]. Prieiga per internetą https://citavimas.lituanistikadb.lt/kurinio-perziura/sveikatos-politikos-vertybes-ir-issukiai-artimiausiame-desimtmetyje/reference_list
11. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

12. Janušonis, V. (2011). Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. *Sveikatos mokslai*, 4(76), 5-11. [žiūrėta 2017 02 11]. Prieiga per internetą <http://smhs.eu/index.php/smhs/article/view/88/pdf>
13. Janušonis, V. (2012). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitikus*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
14. Jasiukaitienė, V., Sauliūnė, S. (2014). Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos narių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo politiką. *Visuomenės sveikata*, 4(67), 44-51. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes_sveikata/2014.4\(67\)/VS_2014_4\(67\)_ORIG_Gydytoju_vadovu_sajunga.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes_sveikata/2014.4(67)/VS_2014_4(67)_ORIG_Gydytoju_vadovu_sajunga.pdf)
15. Jogaitė, B. (2014). *Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos vertinimas įrodymais grįstos politikos kontekste: magistro baigiamasis darbas*. Vytauto Didžiojo universitetas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. [žiūrėta 2017 03 11]. Prieiga per internetą <http://gs.elaba.lt/object/elaba:2139658/>
16. Jogaitė, B. (2016). Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapo vertinimas. *Viešoji politika ir administravimas*, T. 15, Nr. 1, 85-97. [žiūrėta 2017 03 15]. Prieiga per internetą <http://vpa.ktu.lt/index.php/PPA/article/view/14696/7583>
17. Jurgutis A, Vainiomaki P, Stašys R. (2011). Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, 2(26), 76-86. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą <http://mts.asu.lt/mtsrbid/article/view/241/270>
18. Juškelienė, V. (2007). *Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
19. Kabašinskienė, R.(2005). *Paliatyvios pagalbos paslaugų organizavimas slaugos ligoninėje: Magistro baigiamasis darbas*. Kauno medicinos universitetas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas. [žiūrėta 2017 03 17]. Prieiga per internetą <http://gs.elaba.lt/object/elaba:1831102/>
20. Kairys, J., Sužiedelytė, O.(2009). Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija 2003–2008 metais: miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė. *Sveikatos mokslai*, (5), 2561-2578.
21. Kairys, J., Žėbienė, E., Rutkys, B., A., Zokas, I. (2004). Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina*, 40 tomas, Nr.2, 178-191. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą https://scholar.google.lt/scholar?lookup=0&q=Ambulatorin%C4%97s+sveikatos+prie%C5%BEi%C5%ABros+paslaug%C5%B3+poreikio+bei+kokyb%C4%97s+vertinimas+Lietuvos+did%C5%BEiuosiuose+miestuose,+rajon%C5%B3+centruose,+kaimuose+bei+miesteliuose&hl=lt&as_sdt=0,5
22. Kalibatas, V., Petrauskienė, J. (2005). Stacionarinio gydymo atvejų struktūros įvertinimas bendrojo pobūdžio ligoninėse. *Medicinos teorija ir praktika*, 3(43), 158-165. [žiūrėta 2017-03-22]. Prieiga per internetą http://elibrary.lt/resursai/Ziniasklaida/Med_teorija_ir_praktika/mtp_2005_3.pdf#page=10

23. Kanopienė, V., Mikulionienė, S. (2006a). Demografinio senėjimo problemos socialinėje Europos Sąjungos darbotvarkėje. *Mokslo darbai*, 5(2), 5-14. [žiūrėta 2017 03 17]. Prieiga per internetą <https://repository.mruni.eu/handle/007/13247>
24. Kanopienė, V., Mikulionienė, V. (2006b). Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija*, 7(4), 188-200. [žiūrėta 2017 03 17]. Prieiga per internetą http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2006/nr_4/2006_188_200.pdf
25. Kriščiūnas, A. (2005). Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praėjusi, dabartis, ateitis). *Medicina, (Kaunas)*, 41(3), 246-250. [žiūrėta 2017 03 21]. Prieiga per internetą <https://scholar.google.lt/scholar?hl=lt&q=Reabilitacijos+sistema+Lietuvoje+%28praėjusi%2C+dabartis%2C+ateitis%29&btnG=>
26. Kriščiūnas, A. (2015). Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje. *Sveikatos mokslai*, 25 tomas, Nr.1, 5-14. [žiūrėta 2017 03 21]. Prieiga per internetą <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/view/sm-hs.2015.001/1154>
27. Kumpienė, J., Sužiedelytė, O.(2010). *Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje* (pp. 208-247). Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
28. Lileikytė, G., Matusėvičiūtė, B., Miciunaitė, A., ir kt. (2012). *Lietuvos Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas: privalumai ir trūkumai: viešojo administravimo sistemų rašto darbas*. Mykolo Riomerio universitetas. Kaunas: Mykolo Riomerio universitetas. [žiūrėta 2017-03-22]. Prieiga per internetą http://va73.weebly.com/uploads/1/5/1/5/15158428/tiriamajo_projekto_teorine_dalis.pdf
29. Magnussen, J., Vrangbaek, K., Saltman, R.,B.(2009). *Nordic healthcare systems: recent reforms and current policy challenges*, Berkshire: Open University Press.
30. Mekšriūnaitė, S., Gurevičius R. (2015), Išvengiamos hospitalizacijos, kaip ambulatorinės sveikatos priežiūros veiklos atspindys Lietuvoje 2012m. : Ką galima pakeisti? *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(8), 46-67. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą https://www.mruni.eu/upload/iblock/6ec/SPV_2015_1%288%29_03.pdf
31. Milašauskienė, Ž., Juodrytė, I., Misevičienė, I., Boerma, W., Rezgienė, R. (2006). Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina, (Kaunas)*, 42(3), 231-237. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:6201345/>
32. Misevičienė, I. (2011). Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai. *Visuomenės sveikata*, 2(53), 5-10. [žiūrėta 2017 03 15]. Prieiga per internetą http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2%2853%29/Vs_2011_2%2853%29
33. Parsons, W. (2001). *Viešojo politika*. Vilnius: Eugrimas.
34. Pietroni, P.(1991). *Greening of Medicine*. London: Trafalgar Square.

35. Plaušnaitienė, V. (2008). *Sveikatos apsaugos politika ir jos įgyvendinimas VšĮ Radviliškio ligoninėje: magistro baigiamasis darbas*. Šiaulių universitetas. Šiauliai: Šiaulių universitetas. [žiūrėta 2017 03 11]. Prieiga per internetą http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa0001:E.02~2008~D_20080929_10240101632/DS.005.0.01.ETD
36. Plieskis, M., Gaižauskienė, A., Garbuviene, M. (2008). Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002–2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą?, *Medicina, (Kaunas)*, 44(6), 472-481. [žiūrėta 2017 03 21]. Prieiga per internetą <https://scholar.google.lt/scholar?hl=lt&q=Pirmin%C4%97s+sveikatos+prie%C5%BEi%C5%ABros+pl%C4%97tra+Lietuvoje+2002%E2%80%932006+m.+Ar+pasieksime+u%C5%BEsibr%C4%97%C5%BEt%C4%85+tiks%C4%85%3F&btnG=>
37. Pollitt, Ch., Bouckaert, G. (2003). *Viešojo valdymo reforma*, Vilnius: Algarvė.
38. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr 30, 22-32. [žiūrėta 2017-04-04]. Prieiga per internetą <https://repository.mruni.eu/pdfpreview/bitstream/handle/007/12378/1212-2304-1-SM.pdf?sequence=1>
39. Skaržiūtė, S. (2011). *Sveikatos sistemos reforma ir jos įgyvendinimas: Šiaulių rajono atvejis: magistro baigiamasis darbas*. Šiaulių universitetas. Šiauliai: Šiaulių universitetas. [žiūrėta 2017-02-20]. Prieiga per internetą http://www.lvb.lt/primo_library/libweb/action/diDisplay.do?vid=SU&docId=ELABAETD1729081&fromSitemap=1&afterPDS=true
40. Skietrys, E., Raipa, A. (2009). Viešosios ir privačiosios partnerystės socialinio vertinimo teoriniai aspektai. *Socialinis darbas*, 8 (1), 11-16. [žiūrėta 2017-04-04]. Prieiga per internetą <https://repository.mruni.eu/pdfpreview/bitstream/handle/007/12323/1149-2177-1-SM.pdf?sequence=1>
41. Šileikaitė, S., Kudytė-Gasperė, R. (2011). Slaugos paslaugų teikimo modernizacijos problemos – Vilniaus miesto centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai*, 6 (21), 131-143. [žiūrėta 2017 03 17]. Prieiga per internetą <http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/view/181/pdf>
42. Šilys, A., Gurevičius, R. (2016). Valdymo sprendimų įtaka infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninės raidai. *Sveikatos mokslai*, 26 tomas, Nr.2, 111-119. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą https://www.researchgate.net/profile/Romualdas_Gurevicius/publication/301770170_IMPACT_OF_MANAGEMENT_DECISIONS_TO_INFECTIOUS_DISEASES_AND_TUBERCULOSIS_HOSPITAL_DEVELOPMENT/links/5726f02e08aef9c00b88ff5b.pdf
43. Špokienė, I. (2012). Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas, *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4), 7-24., [žiūrėta 2017-03-31]. Prieiga per internetą <https://repository.mruni.eu/pdfpreview/bitstream/handle/007/12834/277-444-1-SM.pdf?sequence=1>

44. Štaras, K., Vedlūga, T. (2014). Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4), 116-126. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą <https://repository.mruni.eu/pdfpreview/bitstream/handle/007/12843/283-450-1-SM.pdf?sequence=1>
45. Trochim, W., M., K. (2006). *Introduction of Evaluation. Research Methods Knowledge Base*. New York: Cornell University. [žiūrėta 2017 03 01]. Prieiga per internetą <http://www.socialresearchmethods.net/kb/intreval.php>.
46. Valius, L. (2000). *Šeimos medicinos pagrindai*, Kaunas: Vitae Litera.

ŠALTINIAI

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Žin.*, 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. nutarimas Nr. IX-455. „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės programos“. *Žin.*, 2001, Nr. 62-2244.
3. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 12 d. įsakymas Nr. 274. „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisijos sudarymo ir jos nuostatų patvirtinimo“. *Žin.*, 2002, Nr. 62-2524.
4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003m. kovo 18d. nutarimas Nr. 335. „dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. *Žin.*, 2003.Nr. 28-1147.
5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647. „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. *Žin.*, 2006, Nr. 74-2827.
6. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7d. nutarimas Nr. 1654. „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2009, Nr. 150-6713.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015m. gruodžio 9d. nutarimas Nr. 1290. „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“. *TAR.*, 2015, Nr.19823.
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. V-810. „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“ *TAR*, 2014, Nr. 10411.
9. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė, 2010 m. rugpjūčio 31d. Nr. VA-P-10-16-12, Valstybinio audito ataskaita stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas. [žiūrėta 2017-03-28]. Prieiga per internetą www.vkontrole.lt
10. Jurbarko rajono savivaldybės tarybos 2003 m. liepos 24 d. sprendimas Nr. T2-168. „Dėl VšĮ Jurbarko ligoninės restruktūrizavimo plano 2003-2005m. patvirtinimo“. [žiūrėta 2017-05-01]. Prieiga per internetą <http://www.infolex.lt/jurbarkas1/Default.aspx?Id=3&DocId=14280>

11. Jurbarko rajono savivaldybės tarybos 2007 m. birželio 28 d. sprendimas Nr. T2-220. „Dėl Jurbarko rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo programos patvirtinimo“. [žiūrėta 2017-05-01]. Prieiga per internetą <http://www.infolex.lt/jurbarkas/Default.aspx?Id=3&DocId=3387>
12. Jurbarko rajono savivaldybės tarybos 2008 m. birželio 23 d. sprendimas Nr. T2-173. „Dėl Jurbarko rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo programos pakeitimo“. [žiūrėta 2017-05-01]. Prieiga per internetą <http://www.infolex.lt/jurbarkas/Default.aspx?Id=3&DocId=3025>
13. Jurbarko rajono savivaldybės tarybos 2005 m. kovo 31 d. sprendimas Nr. T2-95. „Dėl pritarimo bendrai VšĮ Jurbarko ligoninės ir Eržvilko pirminės sveikatos priežiūros centro restruktūrizavimo programai, VšĮ Jurbarko ligoninės dantų protezavimo kabineto restruktūrizavimo programai bei VšĮ Jurbarko rajono pirminės sveikatos priežiūros centro restruktūrizavimo planui“. [žiūrėta 2017-05-01]. Prieiga per internetą <http://www.infolex.lt/jurbarkas/Default.aspx?Id=3&DocId=4273>
14. VšĮ Jurbarko ligoninė. [žiūrėta 2016 03 20]. Prieiga per internetą <http://www.jurbarkoligonine.lt/>
15. VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinės, 2001.
16. VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinės, 2005.
17. VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinės, 2009.
18. VšĮ Jurbarko ligoninės skyrių suvestinės, 2012.
19. Lietuvos Statistikos Departamentas. [žiūrėta 2017-05-01]. Prieiga per internetą <http://www.stat.gov.lt/>
20. Higienos institutas. [žiūrėta 2017-05-01]. Prieiga per internetą <http://www.hi.lt/>
21. Droseikienė, A. (2011). Sveikatos priežiūra ligoninėje ir namuose. Situacija Lietuvoje. *Lietuvos išsėtinės sklerozės sąjunga*. [žiūrėta 2017 03 21]. Prieiga per internetą http://heppyportal.fadgradenigo.it/media/62612/lt_national_report_nl.pdf.
22. Dumčius, A. (2007). Sveikatos priežiūros reforma: kur einame? *Lietuvos Respublikos seimas*. [žiūrėta 2017-03-31]. Prieiga per internetą http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5_istorija.show5-p_r=4931&p_d=61741&p_k=1.html
23. Gaidelytė, R., Madeikytė, N. (2011) . Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla . [žiūrėta 2017 03 01]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/>.
24. Ulianskienė, R., Vikūnienė, O., Hitaitė, L.(2006). Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. [žiūrėta 2017-02-28]. Prieiga per internetą http://www.ispcentras.lt/upload/str_paslaugu_poreikis.pdf