



**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS**

Svetlana Klimova

**LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ
RESTRUKTŪRIZACIJOS VERTINIMAS**

Baigiamasis magistro projektas

Vadovas
Doc. Gintaras Žilinskas

KAUNAS, 2017

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

**LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ
RESTRUKTŪRIZACIJOS VERTINIMAS**

Baigiamasis magistro projektas

Viešoji politika (kodas 621L22008)

Vadovas

Doc. Gintaras Žilinskas
2017 05 29

Recenzentas

Prof. Dr. A. Krupavičius
2017 05 29

Projektą atliko

Svetlana Klimova
2017 05 29

KAUNAS, 2017



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų

(Fakultetas)

Svetlana Klimova

(Studento vardas, pavardė)

Viešoji politika, 621L22008

(Studijų programa, kursas)

Baigiamojo projekto „Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos vertinimas“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 17 m. gegužės 29 d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Svetlanos Klimovos**, baigiamasis projektas tema „Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos vertinimas“ 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)

LENTELĖS

| | |
|---|----|
| 1 lentelė. Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai ir jų įvykdymo rezultatai..... | 30 |
| 2 lentelė. Pagrindinių Lietuvos rodiklių palyginimas su Europos Sąjungos šalių vidurkiais, 2007 metai..... | 32 |
| 3 lentelė. Mirusiųjų skaičius nuo išvengiamų mirties priežasčių..... | 47 |
| 4 lentelė. Išvengiamas mirtingumas 100000 gyventojų Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2011–2013 metais..... | 47 |

PAVEIKSLAI

| | |
|---|----|
| 1 pav. Viešosios politikos ir viešojo valdymo modernizacijos ciklai..... | 12 |
| 2 pav. Sveikatos priežiūros sistemos baziniuose dokumentuose nagrinėjamų problemų schema..... | 18 |
| 3 pav. Ligoninių skaičius 100000, lovų skaičius 1000 gyventojų..... | 32 |
| 4 pav. Gyventojų sveikatą veikiantys veiksniai..... | 38 |
| 5 pav. Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė..... | 39 |
| 6 pav. Vyrų ir moterų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė..... | 40 |
| 7 pav. Vyrų ir moterų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė..... | 41 |
| 8 pav. Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė metais ES šalyse 2014 m..... | 42 |
| 9 pav. Mirtingumas 1000–iui gyventojų Lietuvoje..... | 43 |
| 10 pav. Mirtingumas 1000–iui gyventojų ES šalyse 2015 m..... | 44 |
| 11 pav. Kūdikių mirtingumas 1000–iui gyvų gimusiųjų..... | 45 |
| 12 pav. Kūdikių mirtingumas 1000–iui gyvų gimusiųjų ES šalyse 2014 m..... | 46 |
| 13 pav. Išvengiamas mirtingumas 100000–iui gyv. ES šalyse 2013 m..... | 48 |
| 14 pav. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2003–2014 m..... | 50 |
| 15 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų dinamika 2003–2015 m..... | 50 |
| 16 pav. Aktyvių ir praktikuojančių gydytojų skaičius 10000–iui gyventojų..... | 51 |
| 17 pav. Šeimos gydytojų skaičius 1000–iui gyventojų..... | 52 |
| 18 pav. Gydytojų skaičius 10000–iui gyv. ES šalyse 2014 m..... | 53 |
| 19 pav. Lovų skaičius..... | 54 |
| 20 pav. Stacionaro lovų skaičius 10000–iui gyventojų..... | 55 |
| 21 pav. Stacionarų lovų skaičius 1000–iui gyv. ES šalyse 2014 m..... | 56 |
| 22 pav. Vidutinis gulėjimo laikas (be slaugos lovų) Lietuvoje | 57 |
| 23 pav. Vidutinis gulėjimo laikas ES šalyse 2014 m..... | 58 |
| 24 pav. Aktyvaus gydymo lovos užimtumo rodiklis Lietuvoje | 59 |
| 25 pav. Lovos užimtumas (proc.) (aktyvus gydymas) ES šalyse 2014 m..... | 59 |
| 26 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas ES šalyse 2014 m. (proc.)..... | 63 |

TURINYS

| | |
|---|----|
| LENTELĖS | 4 |
| PAVEIKSLAI | 5 |
| TURINYS..... | 6 |
| SUMMARY | 7 |
| ĮVADAS..... | 8 |
| 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMŲ TEORINIAI ASPEKTAI | 10 |
| 1.1. Viešojo valdymo reformos | 10 |
| 1.2. Reformų vertinimas | 13 |
| 1.3. Sveikatos priežiūros sistemos reforma | 17 |
| 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPAI IR JŲ TURINYS | 21 |
| 2.1. Lietuvos sveikatos reformų raida ir pagrindinės priežastys | 21 |
| 2.2. Pirmojo ir antrojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapai ir jų turinys | 26 |
| 2.3. Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas ir jo turinys..... | 31 |
| 2.4. Ketvirtojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas ir jo turinys..... | 34 |
| 3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO VERTINIMAS | 38 |
| 3.1. Tyrimo metodika | 38 |
| 3.2. Tyrimo rezultatai ir analizė | 39 |
| 3.2.1. Su sveikatos būkle susiję vertinimo rezultatai..... | 39 |
| 3.2.2. Su sveikatos priežiūra susiję vertinimo rezultatai | 49 |
| IŠVADOS..... | 63 |
| LITERATŪRA..... | 65 |

Klimova, Svetlana. *Evaluation of the Restructuring in Lithuanian Health Care Institutions*: 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 care institutions, Health reform, Restructuring, Population health, Evaluation. Kaunas, 2017. 69 p.

SUMMARY

The main purpose of health system reform, according to the healthcare reorganization strategy, is the improvement of citizens' health, which can be achieved by increasing the effectiveness of healthcare system, satisfying the needs of patients, justly allocating limited resources and ensuring justice and equality of services. The effectiveness of healthcare institutions' reorganization is examined and evaluated by the Ministry of Health in its annual reports, State audit, and in the reports of reorganization analysis. Healthcare experts use the mentioned documents to suggest the direction of further reforms. The relation between main population health indicators and the results of healthcare system reorganization still remains among one of the least researched topics. Therefore it is important after the analysis of healthcare reform results to evaluate the main population health indicators. This Master's Thesis raises the problem: what influence the reorganization of healthcare system has on the health of the citizens. The research object is the reorganization of the healthcare institutions. The aim of the research is to evaluate the influence of the healthcare institutions' reorganization for the citizens by analysing the results of mentioned reorganizations. Objectives of the research: review theoretical aspects of healthcare system reform; description of the reforms of healthcare systems and evaluation of the results of structural reforms of healthcare providers and its influence on patients' health. The thesis is made of three main parts. In the first part the theoretical aspects of the healthcare reform are analysed, the second part covers the aims of the reorganization of healthcare institutions, directions and criteria of evaluation; the third part evaluates the results of healthcare institutions reorganization and health indicators of the residents. The following research methods were used in this Thesis: analysis of scientific literature, laws, statistics, comparative method and generalization. For the research the following indicators of citizens' health were used: the average life duration, general mortality, infant mortality, self-evaluation of the health and preventable mortality. The following indicators of the effectiveness of the healthcare institutions' reorganization were used: the number of family doctors, hospital beds and bed occupancy rate. The research of the reorganization of healthcare system showed that, during the reorganization the skills of family physician improved, a new motivating services were implemented, the general expenses of the healthcare system was reduced, new service quality standards were implemented, outpatient and day hospital volume of healthcare services increased, the quality of service improved. The dynamics of Lithuanian health indicators revealed that the effectiveness of healthcare system reorganization was not aimed at the overall health improvement of Lithuanian citizens. Further effort to improve the effectiveness of healthcare system, health indicators, availability of services is necessary.

IVADAS

Temos aktualumas: 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 (Lileikytė ir kt., 2012, p. 3). Sveikatos priežiūros sistemų reformos vyksta daugelyje Europos šalių, todėl ir Lietuva nėra išimtis. Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijoje, nustatytas pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas yra gerinti gyventojų sveikatą (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2003). Sveikatos sistemos reformos tikslui pasiekti reikalingas sveikatos sistemos efektyvumo didinimas, užtikrinantis sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę. Todėl Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vyksta sveikatos reforma, kurią nuolat siekiama tobulinti, optimizuoti sveikatos priežiūros sistemos valdymą bei užtikrinti veiksmingą ir efektyvią sveikatos priežiūros sistemos veiklą.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatai yra nagrinėjami ir vertinami Sveikatos apsaugos ministerijos metiniuose veiklos, valstybiniuose audito ir restruktūrizacijos analizės ataskaitose, pagal kurias sveikatos ekspertai teikia tolimesnes sveikatos sistemos reformų kryptis. Pastebima, kad nagrinėjamas sveikatos priežiūros restruktūrizacijos įgyvendinimo rezultatų sąryšis su pagrindiniais gyventojų sveikatos rodikliais išlieka mažai tyrinėta tema. Todėl aktualu išanalizavus sveikatos sistemos reformų rezultatus, įvertinti pagrindinius gyventojų sveikatos rodiklius.

Problema – kokią įtaką sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija daro gyventojų sveikatai?

Darbo objektas – sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas.

Darbo tikslas – išanalizavus sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatus, įvertinti jų įtaką gyventojų sveikatai.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti sveikatos priežiūros reformų teorinius aspektus.
2. Apibūdinti sveikatos priežiūros reformas.
3. Išanalizuoti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapų rezultatus.
4. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatus.

Darbo metodai: rengiant baigiamąjį magistro darbą naudoti šie metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų, statistinių duomenų analizė, lyginamasis metodas, ir apibendrinimas. Siekiant išanalizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos formavimą bei įgyvendinimą, buvo remiamasi norminiais teisės aktais (įstatymais, nutarimais) bei patvirtintomis programomis, institucijų veiklos ataskaitomis, o įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos įtaką gyventojų sveikatai buvo remtasi statistiniais duomenimis, surinktais Lietuvos Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenų bazėje, Lietuvos sveikatos rodiklių informacinėje sistemoje.

Darbo struktūra: Darbą sudaro trys pagrindinės dalys. Pirmoje dalyje yra nagrinėjami sveikatos priežiūros reformos teoriniai aspektai, atskleidžiama reformų viešajame sektoriuje samprata, atsiradimo priežastys bei įgyvendinimo procesas. Antroje dalyje apžvelgiami visų keturių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapų tikslai, kryptys ir vertinimo kriterijai. Trečioje – vertinami keturių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatai ir analizuojami pagrindinių gyventojų sveikatos rodiklių pokyčiai. Pabaigoje pateikiamos išvados.

Projektą sudaro 69 puslapiai, 4 lentelių, 26 paveikslai. Panaudota 48 mokslinės literatūros šaltiniai ir 16 teisės aktų ir duomenų šaltinių.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMŲ TEORINIAI ASPEKTAI

Šioje dalyje pateikta Lietuvos ir užsienio mokslininkų, tyrusių viešojo valdymo reformų sistemas mokslinių publikacijų ir mokslinių darbų analizė. Analizuojama sveikatos priežiūros reformų sistemos teoriniai aspektai, atskleidžiama reformų viešajame sektoriuje samprata, atsiradimo priežastys bei įgyvendinimo procesas. Pateikiami sveikatos priežiūros reformų vertinimo kriterijai, kurių dėka siekiama įgyvendinti norimų rezultatų

1.1. Viešojo valdymo reformos

Naujos teorinės nuostatos XX–XXI a. reikalauja tobulinti vadinamąją „gerąją“ viešojo valdymo praktika, nuo kurios priklauso žmonių gyvenimo lygis – pagrindinis demokratijos ir pažangos valstybėje indikatorius (Melnikas, Smailiukienė, 2007). Naujojo viešojo valdymo teorinės paradigmos, K. Walshe, J. Smith, (2006) teigimu, atspindi šiuolaikinių viešojo sektoriaus valdymo formų ir metodų pokyčius, kurie tapo sudedamąja vadybinių pertvarkymų dalimi, valdant resursus, struktūrizuojant paslaugų planavimą, paskirstymą, formuluojant reguliavimo svertus ir taisykles, derinant esminius valdymo ir administravimo uždavinius cituoja Skardžiūtė, (2011, p. 780).

Reforma – (pranc. reforme, lot. reformo – pertvarkau) – daugiaprasmiškas žodis tuo požiūriu, kad reiškia ne tik pokytį, bet ir gerą pokytį – sąmoningą judėjimą iš nelabai pageidaujamos (buvusios) padėties į labiau pageidaujamą (būsima) padėtį (Pollitt, Bouchaert, 2003, p. 31).

Viešojo valdymo literatūroje žodis reforma yra tik vienas iš daugelio alternatyvių terminų žyminčių viešojo valdymo sistemos pokyčius. Ch. Pollitt ir G. Bouckaert teigia, kad viešojo valdymo reformą sudaro sąmoningi pokyčiai viešojo sektoriaus organizacijų struktūrose ir procesuose, siekiant, kad jie veiktų geriau. Struktūriniai pokyčiai – tai dažniausiai viešojo sektoriaus organizacijų sujungimas arba atsiskyrimas. Sukuriama mažiau didesnių departamentų, kad jie būtų geriau koordinuojami, arba daugiau mažesnių departamentų – kad išryškėtų dėmesio centras ir būtų skatinama specializacija. Procesiniai pokyčiai tai sistemų pertvarkymas, pagal kurias išduodamos licencijos ar teikiamos negrąžinamos išmokos, kokybės standartų nustatymas sveikatos apsaugai arba švietimo paslaugoms, taip pat įdiegimas naujos biudžeto sudarymo tvarkos (Pollitt, Bouchaert, 2003, p. 22).

Analogiškas apibrėžimas vartojamas „Politikos mokslų enciklopediniame žodyne“ (2007) apibrėžiant valstybės valdymo reformą. Struktūriniai pokyčiai dažniausiai suprantami kaip viešojo sektoriaus organizacijų sujungimas arba atsiskyrimas, o procesiniai pokyčiai – sistemų pertvarkymas. „Reforma yra bandymas sukelti pageidaujamus pokyčius, tačiau tokie pokyčiai gali ir neįvykti“, nes ilgainiui gali išryškėti, kad valdymo modelis iki reformos buvo veiksmingesnis (Tumėnas, 2010, p. 116). Taip pat reformos sąvoka apibrėžiama kaip gyvenimo pertvarkymas išsaugojant pagrindus

(Vaitkevičiūtė, 2001, p. 832). Tačiau, kaip teigia M. Bugakovas (2011), toks apibrėžimas neatitinka šiandieninių realijų, dabartiniai reformatoriai reformuoja viską tol, kol išnyksta pats reformavimo objektas, tad negali būti nė kalbos apie kažkokių pagrindų išsaugojimą.

Reforma yra priemonė tikslui pasiekti, o ne pats tikslas. Tikslai gali būti įvairūs – valstybės išlaidų taupymas, viešųjų paslaugų kokybės gerinimas, valstybės veiklos efektyvumo didinimas ir pan. J. E. Lane (2001, p. 205) išskiria tris pagrindinius tokių reformų tikslus: efektyvumas, lygybė ir taupymas. Pagrindinis viešojo valdymo reformų tikslas – modernizuoti viešąjį sektorių adekvačiai normoms, standartams ir tradicijoms, tiesiogiai paveikti sprendimų rengimą ir įgyvendinimą, planavimo, kontrolės ir vertinimo galimybes, tiesiogiai orientuojant į tolesnę raidą (Skardžiūtė, 2011, p. 780). Pasak Ch. Pollitt ir G. Bouckaert (2003, p. 20), viešojo valdymo reformos tikslai – valstybės išlaidų taupymas, viešųjų paslaugų kokybės gerinimas, valdžios veiklos našumo ir galimybių didinimas, kad pasirinkta ir įgyvendinama politika būtų veiksminga, o A. Raipos (2009, p. 30) teigimu, pagrindinis viešojo valdymo reformų tikslas – viešojo sektoriaus efektyvumo, viešojo valdymo modernizavimo sąlygų tobulinimas.

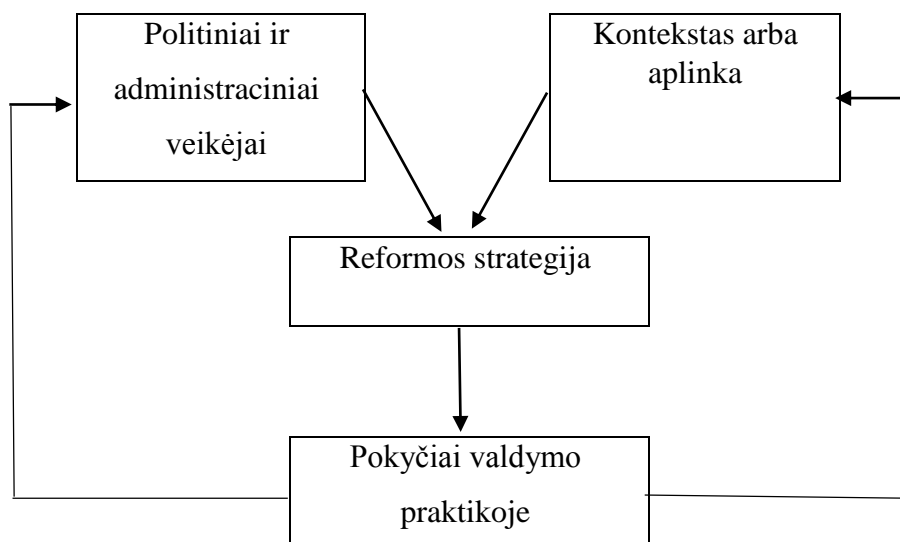
Pasak E. Backūnaitės (2006, p. 18) – „viešojo valdymo reformų atsiradimas bei jų turinys yra tarpusavyje konfliktuojančių ir konkuruojančių vertybių, nuomonių, požiūrių, kas yra „geras viešasis valdymas“, rezultatas“. Bendrųjų viešojo valdymo reformos pobūdžio idėjų transformacija į konkrečias reformas yra sudėtingas procesas. Reformuotojai, plėtodami loginį reformos modelį, iškelia reformos tikslus, aprašo reformos įgyvendinimo strategiją ir tvarką, tačiau, anot N. Brusson, retai kada įvertina planuojamos reformos praktinio pritaikymo aspektus. B. G. Peters skiria laiko veiksnį, kaip labai reikšmingą siekiant sėkmingai vykdyti administracines reformas. Be to akcentuoja, kad vykdant viešojo administravimo reformas svarbus sistemiškumo principas (Brusson, 2009, Peters, 1998, cituojama pagal R. Civinską, J. Dvarok ir R. Davidonį, (2015, p.37).

Ch. Pollitt, Bouckaert (2003, p. 20) pabrėžia, kad viešojo valdymo reformos pasižymi simboline nauda ir legitimumu. Politikams tai proga parodyti, kad ką nors daro. Reformų skelbimu, kritika, pažadais atkreipia į save piliečių dėmesį, O aukštesniojo rango valstybės tarnautojai laimi ir legitimumo požiūriu, kadangi jiems tenka svarbūs vaidmenys formuojant ir įgyvendinant tokias iniciatyvas. Todėl galima teigti, kad „*administracinės ir viešojo sektoriaus reformos yra politinio simbolizmo ir biurokratinės retorikos sritis*“ (Dudinskaitė, 2011, p. 12).

Viešojo valdymo reformomis siekiama modernizuoti viešąjį sektorių, adaptuojant jį prie kintančių laikmečio aktualijų. Pagrindiniai veiksniai, kurie lemia viešojo sektoriaus modernizavimą, siejami su valstybės biudžeto lėšų taupymu, teikiamų paslaugų našumo gerinimu ir jų kokybiškumo užtikrinimu. Derinat šiuos vienas kitam priešiškus reformų polius, būtinos sutelktos valstybės valdymo institucijų pastangos, nustatant strategines reformų kryptis, nukreiptas į finansinių asignavimų planavimą ir organizacijų vadybos metodų tobulinimą. Visi šie įvardinti reformų valdymo instrumentai yra aktualūs ir sveikatos sistemos modernizavimo kontekste (Skardžiūtė, 2011, p. 780).

Valdymo reformų analizė yra socialinio proceso intelektualinės veiklos rūšis, apimanti valdymą, psichologiją, kultūrą, priklauso nuo politikų ir realizuojamas daugiau administracinių institucijų. Valdymo reformų analizė, su kuria, „W. Dunno nuomone, yra susiję ir tam tikros sekos veikos etapai: darbotvarkės nustatymas, politikos formavimas, politikos įvedimas, politikos įgyvendinimas, politikos įvertinimas, politikos tęstinumas ir politikos užbaigtumas. Be daugelio minėtų etapų analizės sunku atlikti ne tik politikos, bet ir viso viešojo valdymo reformų analizę“ (Raipa, 2009, p. 23).

Kaip pastebi E. Backūnaitė (2006, p. 21), daugeliu atveju reformos apibūdinamos kaip planuotų paslaugų rezultatas, esant tam tikro lygio politizavimui. Reformų prioritetų ir strategijų pasirinkimą lemia politinių ir administracinių veikėjų, interesai ir požiūriai bei administracinės, politinės, ekonominės ir socialinės aplinkos turinys. Reformos įgyvendinimas formuoja viešąją politiką (žr. 1 pav.). reformų procesas tikslus paverčia į pragmatinius, žingsnis po žingsnio einančius pokyčių ir transformacijos procesus.



1 pav. Viešosios politikos ir viešojo valdymo modernizacijos ciklai.

Šaltinis: E. Backūnaitė, 2006, p. 21.

Ch. Pollitt ir G. Bouckaert (2003, p. 204-210) pasiūlė keturias pagrindines strategines viešojo sektoriaus reformų galimybes:

1. Griežtinti tradicinę kontrolę – prižiūrint tarp politinės sistemos jau esančius ryšius. Viešojo administravimo bei teisinė sistema ir rinkos ekonomika dažnai stiprina tradicinę kontrolę, apimančia išlaidų ribojimą, darbuotojų skaičiaus mažinimą, efektyvumo didinimą, korupcijos šalinimą;
2. Modernizuoti administracinę sistemą – įvesti spartesnių, lankstesnių metodų administravimo sistemoje diegimas, mažinant reguliavimą ir suteikiant daugiau galių žemesnio lygio

- vadybininkams, nes valstybės tarnautojai yra iniciatyvūs ir patys siekia pagerinti savo darbo rezultatus, taip pat įtraukti, kaip įvairiausių procesų dalyvius, piliečius ir paslaugų vartotojus;
3. Pajungti sistemą rinkos dėsniams (marketizuoti) – kuo daugiau rinkos mechanizmų taikymas į administracinę ir teisės sistemą, tarpusavio konkurencijos didinimas bei privataus sektoriaus kultūra, vertybės ir praktika, siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, kad būtų kuo geriau patenkinti piliečių kaip vartotojų poreikiai;
 4. Minimizuoti administracinę sistemą – kuo daugiau uždavinių perduoti privatizuojant ir sudarant sutartis.

Apibendrinus galima teigti, kad viešojo sektoriaus reformų atsiradimą lėmė politinės, socialinės, ekonominės ir institucinės priežastys. A. Raipa, (2009, p. 30) teigia kad viešojo valdymo modernizavimas daugiausia priklauso nuo pagrindinės reformų kryptis formuojančių politikų kompetencijos, jų gebėjimų planuoti įgyvendinti, vertinti reformas ir jų padarinius bei prognozuoti tolesnę jų eigą ir socialinių, ekonominių procesų poreikį.

1.2.Reformų vertinimas

Žodis vertinimas (angl. evaluation) yra kilęs iš prancūzų kalbos žodžio evaluer – nustatyti vertę (Vedung, 1997, p. 1–2). Vertinimo sąvoka sutinkama daugumoje mokslinių krypčių: politikoje, medicinoje, informatikoje, administravime it kt. Mokslinėje literatūroje yra daug vertinimo apibrėžimų: R. Vilpišauskas, V. Nakrošis (2005, p. 7) teigia, kad vertinimas yra viešosios politikos ar jos sudėtinės dalies (programos, projekto, priemonės ir t. t.) vertės analizė, kuri skiria viešajai politikai tobulinti ar už ją atsiskaityti. Anot J. Dvorak (2011, p. 25) vertinimas gali reikšti dėmesio koncentraciją į procesą, vertinimo metu gauti rezultatai yra diagnostinio pobūdžio, parodantys, ką reikia tobulinti. Pagal S. Puškorių (2004, p. 283), vertinimas yra objektyvus, nepriklausomo, nešališko nustatytų tikslų įgyvendinimo lygio matas, o I. Segalovičienė (2011, p. 438) teigia, kad vertinimasyra objektyviosios realybės nustatymas sistemingai vykdoma veikla.

Pasak William N. Dunn (2006, p. 355), vertinimas politikos analizėje reiškia informacijos apie politikos rezultatų vertę arba vertingumą kūrimą. Politikos rezultatai iš tiesų yra vertingi, tada kai jie pasitarnauja tikslams ar siekiams. Tokiu atveju, teigiama, kad politika ar programa pasiekė tam tikrą ženklų veiksmingumo lygį.

Politikos analizėje, kaip teigia William N. Dunn (2006, p. 355) jog vertinimas atlieka keletą svarbių funkcijų. Pirma, ir pati svarbiausia, yra ta, kad vertinimas teikia patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos veiksmingumą, t. y. apie tai, koku mastu viešaisiais veiksmais buvo įgyvendinti poreikiai, vertybės ir galimybės. Šiuo atžvilgiu vertinimas atskleidžia, koku mastu buvo įgyvendinti tam tikri tikslai ir uždaviniai.

Antra, vertinimas padeda nuskaidrinti ir kritikuoti vertybes, grindžiančias tikslų ir uždavinių pasirinkimą. Vertybės yra nuskaidrinamos apibrėžiant tikslus ir uždavinius, o kritikuojamos sistemiškai klausiant dėl tikslų ir uždavinių tinkamumo nagrinėjamos problemos atžvilgiu.

Trečia, vertinimas gali padėti taikant problemos struktūrinimo ir rekomendavimo politikos analizės metodus. Informacija apie nepakankamą politikos veiksmingumą gali praversti politikos problemų pertvarkymui, pvz., parodyti, kad tikslai ir uždaviniai turėtų būti apibrėžti iš naujo.

Analitikai, formuluodami informaciją apie politikos veiksmingumą, norėdami įvertinti politikos rezultatus išskiria pagrindinius politikos vertinimo kriterijus, kurie naudingi siekiant nustatyti vertinimo veiksmingumą. Politikos analizėje pateikiami šeši vertinimo kriterijai ir juos atspindintys klausimai, kuriuos pateikia William N. Dunn (2006, p. 356):

1. efektyvumo – ar vertingas rezultatas buvo pasiektas?
2. produktyvumo – kiek pastangų reikėjo norint pasiekti vertingą rezultatą?
3. pakankamumo – koku mastu vertingo rezultato pasiekimas išsprendė problemą?
4. teisingumo – ar sąnaudos ir nauda buvo nešališkai paskirstyti skirtingoms grupėms?
5. gebėjimas reaguoti – ar politikos rezultatai patenkina tam tikrų grupių poreikius, pirmenybes ar vertybes?
6. tinkamumo – ar trokštami rezultatai (siekliai) yra iš tiesų vertingi?

Taip pat būtina išskirti politikos vertinimo būdus: pseudovertinimas, formalus vertinimas ir sprendimų – teorinis vertinimas.

Pseudovertinimas – tai toks būdas, kai naudojami aprašomieji metodai, naudojant patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos padarinius. Pagrindinė pseudovertinimo prielaida yra ta, kad vertės ir vertingumo matai yra akivaizdus ir neginčytini. Vis dėlto, šio vertinimo atveju, bet koks duotas politikos padarinys yra be klausimų priimamas kaip tinkamas sieklis. Pseudovertinimui yra naudojamos šios pagrindinės formos: socialinis eksperimentavimas, socialinių sistemų ataskaitos, socialinis auditas ir tyrimo bei prsktikos sintezė (William N. Dunn, 2006, p. 357).

Formalus vertinimas – tai toks būdas, kai aprašomieji metodai yra naudojami pateikti tinkamai informacijai apie politikos padarinius, bet šie padariniai vertinami remiantis politikos – programos uždaviniais, kuriuos oficialiai paskelbia politikos formuotojai ir programų administratoriai. Pagrindinė formalaus vertinimo prielaida yra ta, kad oficialiai paskelbti tikslai ir uždaviniai yra tinkami politikos ir programų vertės ir vertingumo matai. Pagrindinės formalaus vertinimo formos yra šios: raidos vertinimas, eksperimentinis vertinimas, retrospektyvus proceso vertinimas ir retrospektyvus padarinių vertinimas. Nuo pseudovertinimo formalus vertinimas skiriasi tuo, kad formaliame vertinime įstatymai, programų dokumentai ir interviu su politikos formuotojais ir administratoriais naudojami nustatyti, apibrėžti ir apibūdinti oficialiems tikslams ir uždaviniams, apie kurių tinkamumą nėra klausama. Formaliajame

vertinime dažniausiai naudojami vertinimo kriterijų tipai yra efektyvumas ir našumas (William N. Dunn, 2006, p. 358).

Sprendimų – teorinis vertinimas – tai toks būdas, kai naudojant aprašomuosius metodus siekiama pateikti patikimą ir pagrįstą informaciją apie politikos padarinius, kurių atvirai pageidauja suinteresuotos šalys. Sprendimų – teorinis vertinimas nuo kitų vertinimo metodų skiriasi tuo, kad bando atskleisti tiek paslėptus, tiek akivaizdžius dalyvių tikslus ir uždavinius. Tai politikos formuotojų ir administratorių oficialiai paskelbti tikslai ir uždaviniai yra tik vienas iš vertybių šaltinių, nes visos šalys, suinteresuotos politikos formulavimu ir įgyvendinimu, įsitraukia į tikslų ir uždavinių kūrimo procesą. Pagrindinės sprendimų – teorinio vertinimo formos: įvertinamumo analizė ir daugiaatributinė naudingumo analizė (William N. Dunn, 2006, p. 361–363).

Reformų vertinimas – kol kas menkiausiai išvystytas žingsnis viso viešojo sektoriaus ir administravimo reformų programose. Nors reformų vertinimas yra būtinas, tačiau niekada nėra atliekamas sisteminiu ar lyginamuoju būdu. Reformos pasižymi daugialypiu poveikiu, kuris gali būti vertinamas skirtingais būdais, nes analitikai mato tai ką nori matyti (Backūnaitė, 2006, p. 22).

Daugelis mokslininkų mano, jog tiksliai įvertinti reformų beveik neįmanoma. Ch. Pollitt ir G. Bouckaert (2003, p. 120.) numato pagrindines reformų rezultatų vertinimo kryptis. Pasirenkami rodikliai, kuriuose apskaičiuoti nesunku – sąnaudos, santaupos, išeiga, produktyvumo koeficientas, o padarinius ir rezultatus įvertinti jie siūlo trimis būdais:

- kaip patobulintas procesas;
- kaip patobulinta sistema;
- kaip įgyvendinta vizija.

Viešojo administravimo įstaigų veiklos vertinimas remiantis ekonominiais kriterijais galimas tik tuo atveju, kai veiklos rezultatai gali būti aprašomi kiekybiniais rodikliais. Pasak V. Domarko (2004, p. 10) viešajame administravime dažnai svarbu ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai rodikliai. Per daug akcentuojant vertinimą pagal ekonominius rodiklius, kyla pavojus, kad viešajame administravime kiekybiniai rodikliai užgoš tuos rodiklius, kurie negali būti kiekybiškai įvertinti, ir todėl dažnai sunku atsakyti į klausimus, ar kiekybinė analizė, ekonominis racionalumas ir atskaitomybė tikrai stimuliuos viešojo administravimo pažangą ir ar tos priemonės ateityje bus taikytinos visose viešojo administravimo srityse (Domarkas, 2004, p. 10). Todėl L. Dudinskaitė (2011, p. 20) teigia, kad valdymo optimizavimas reikalauja viso komplekso kriterijų įvertinimo – šalia ekonominio alternatyvų pagrindimo turi būti įvertintas ir visas kompleksas kitų veiksmų.

Kaip teigia Ch. Pollitt, G. Bouckaert, (2003, p. 21) yra gana daug įrodymų, kad valdymo reformos gali būti nesėkmingos, gali ir neatnešti lauktos naudos, netgi sukelti ar pabloginti tam tikrus administracinius procesus. Jeigu reforma „pavyksta“, t. y. pasiekiami vienas ar keli tikslai, nebūtinai ji

bus sėkminga visais atžvilgiais. Bet kuriuo atveju viešojo valdymo reforma tėra dar vienas būdas trokštamiems tikslams pasiekti.

Labai svarbus yra sveikatos reformų eigos vertinimas. D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007, p. 237-238) išskiria šiuos vertinimo kriterijus:

- turinio – kiek ir kokių priemonių, numatytų įgyvendinti priemonių plane, yra atlikta;
- proceso – kaip sekėsi viską atlikti ir pagal kokias procedūras viskas buvo vykdoma;
- rezultato – ar pavyko pasiekti numatytų rodiklių, tai yra kiek pagerėjo žmonių sveikata, ar pavyko pagerinti padėtį;
- aplinkos (išorinės ir vidinės) – politinės, socialinės, ekonominės, technologijų kaitos įtaka reformos turiniui, procesui ir rezultatams;
- dalyvių (suinteresuotų grupių) – kokios grupės, kiek ir kokią įtaką turėjo reformos turiniui, procesui ir rezultatui.

V. Janušonis (2011, p. 7) sveikatos priežiūros reformas vertina pagal:

1. eigos dokumentavimą;
2. medikų ir pacientų nuomonių analizę;
3. palyginamąją ekonominio ir medicininio efektyvumo analizę;
4. kokybės pokyčių analizę;
5. paslaugų prieinamumo analizę.

I. Segalovičienė (2011, p. 444) išskiria vertinimo metodą pagal tikslus. Tai toks vertinimas, kuris naudojamas veiklos tikslais grindžiamomis studijomis, kurių pagrindinis siekis yra sužinoti tikslų pasiekimo laipsnį. Vertinimo tikslus formuluoja vyriausybės bei už programų vykdymą atsakingi asmenys. Šis metodas naudojamas renkant ir analizuojant informaciją bei nustatyti pasiektą tikslą. Galima teigti, kad programą yra lengviau vertinti, kai yra taikomi konkretūs kriterijai, kurie padeda orientuotis į tikslo pasiekimą. Pavyzdžiui, įgyvendinant programą, kurios tikslas gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Siekiama išsiaiškinti ar konkrečios paslaugos buvo suteiktos pagal reikalavimus, atliekamas vertinimas ir nustatoma ar programos tikslas yra pasiektas. Šis vertinimas skiriama sveikatos rezultatų įvertinimui, atsižvelgiant į užsibrėžtus siekius.

Reformos vertinimas turi būti atliktas tiek prieš reformą, tiek po jos, todėl jis dažnai skirstomas į išankstinį (ex ante), tarpinį arba vidutinį (interim) ir baigiamąjį (ex post) (Vilpišauskas, Nakrošis, 2005, p.8), todėl nurodyti tipai skirstomi pagal vertinimo laikotarpį. Išankstinis vertinimas atliekamas pradiniam vertinimo etape, tarpinis arba vidutinis atliekamas siekiant nustatyti, kaip yra vykdoma programa ar siekiama nustatytų uždavinių ir tikslų, baigiamasis vertinimas atliekamas įvertinti gautus rezultatus ir nustatyti ar reformos rezultatai atitinka tuos, kurių buvo tikėtasi. L. Dudinskaitės (2011, p. 21) teigimu kitos reformos rezultatų įvertinimo problemos kyla dėl jų „retorikos“ ir praktikos atotrūkio,

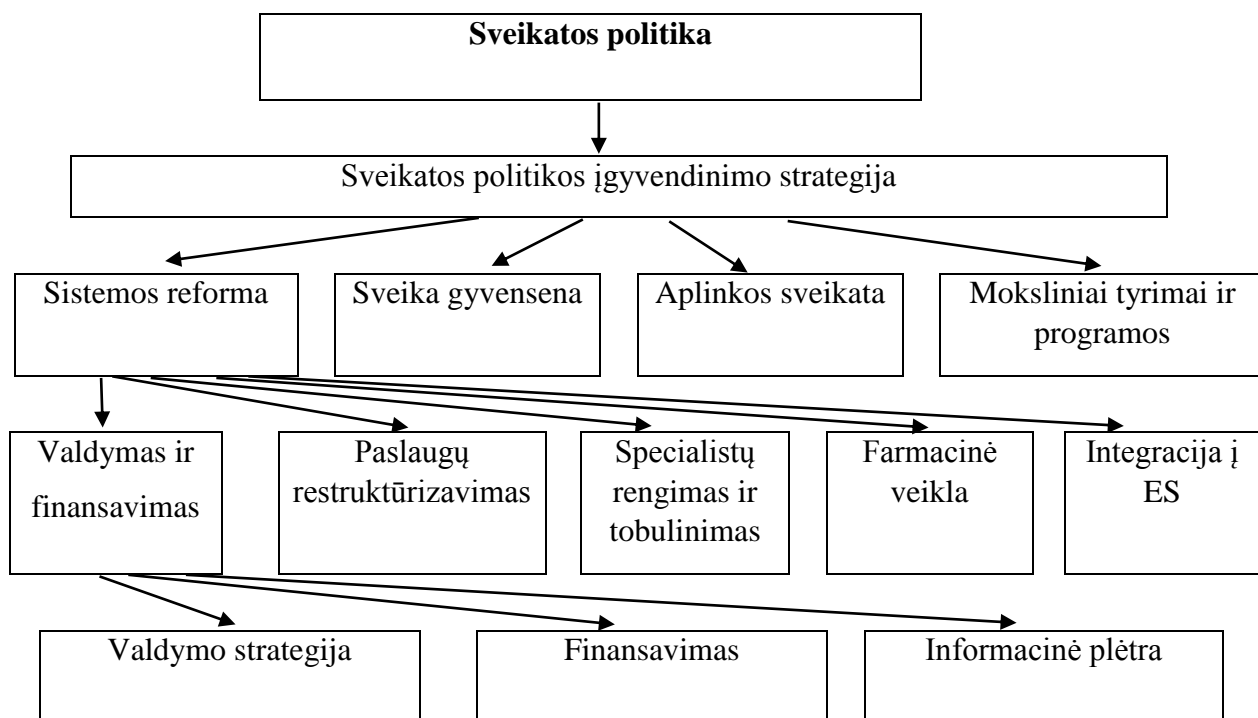
savarankiškų reformų nebuvimo, jų dvilypumo, reformos rezultatų pasireiškimo po ilgo laiko tarpo, kurie reikalauja nuolatinio ir sistemingo stebėjimo.

Apibendrinant galima teigti, kad vertinimu siekiama užtikrinti tikslų ir uždavinių įgyvendinimą bei nustatyti jų vertę. Atliekant programų vertinimą visas dėmesys yra skiriamas rezultatų įvertinimui ir veiksniams, kurie turi įtakos rezultatų pasiekimui. Vertinime pagal tikslus nustatoma ar pasiekti rezultatai atspindi užsibrėžtus siekius.

1.3.Sveikatos priežiūros sistemos reforma

XX a. pabaigoje ES šalyse daugiausia dėmesio buvo skiriama aplinkos apsaugos, švietimo, socialinės apsaugos reformoms, tačiau į reformų sritį pateko ir sveikatos apsaugos reformos, kurios apibrėžiamos kaip procesas, kurio tikslas – pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos teisės aktų ir programų vykdymą. Pasak Janušonio (2011, p. 5), sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti. Sveikatos priežiūros reforma privalo turėti tiesiogines sąsajas su sveikatos priežiūros lygiateisiškumu, efektyvumu, kokybe ir finansavimu.

Sveikatos sistemos reforma – tai procesas, kurio tikslas – pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą bei kitus veiksmus, nukreiptus į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą. Sveikatos reforma yra procesas nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, 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 (LR Aukščiausiosios tarybos nutarimas, 1991 cituojamas pagal Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 235). Ši sąsaja atitinka sveikatos politikos sampratą, suvokiant, kad sveikatos politika – darnus visų visuomenės politinių, socialinių ir ekonominių sektorių veiksmų įgyvendinimas, skirtas ligų profilaktikai, gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ir laiku suteikti veiksmingą sveikatos priežiūros pagalbą (Skardžiūtė, 2011, p. 781). 2 pav. pavaizduota sveikatos priežiūros sistemos baziniuose dokumentuose nagrinėjamų problemų schema.



2 pav. Sveikatos priežiūros sistemos baziniuose dokumentuose nagrinėjamų problemų schema.

Šaltinis: Nacionalinis pranešimas apie Lietuvos socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties strategijas 2006–2008 m. (2006).

Pagal Jankauskienę, Pečiūrą (2007, p. 235) sveikatos reformos pradedamos vykdyti tada, kai:

- sveikatos sistema pradeda nebetenkinti vartotojų poreikių;
- kai sistema tampa ekonomiškai neveiksminga dėl per didelių jos sąnaudų;
- kai sveikatos sistemos valdymas nebeatitinka siekiamų tikslų ir dėl to yra neteisingas;
- kai sistema nespėndžia esminių savo problemų.

Sveikatos sistemos reforma apima visus ir visų rūšių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, visas programas, institucijas ir administracines teritorijas ir vyksta tęstiniu laikotarpiu visoje šalyje. Tai apgalvotas, suderintas, suplanuotas ilgalaikis perspektyvos procesas, užtikrinantis ateities pastovumą, o ne staigus, greitas ir trumpalaikis pokytis. Šiuo procesu siekiama surasti pagrindinių vis naujų sveikatos apsaugos problemų visoje šalyje sprendimus įtraukiant į jų sprendimą visus sveikatos veikėjus, partnerius, institucijas ir suinteresuotas grupes. Nors daugelis problemų ir atrodo gana techninio (tarp specialistų išsprendžiamo) pobūdžio, sprendimai dažniausiai reikalauja daug daugiau nei vien sveikatos specialistų tikslų atsakymų, nes susiję su pokyčių valdymu. Taip yra todėl, kad sveikatos reforma pirmiausiai yra politinis procesas, nors sakome, kad sveikatos politika turi būti nepolitizuota. Svarbu, kad sistemoje dirbantis specialistai savo darbą atliktų nepriekaištingai (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 236).

Sveikatos reforma siekiama pagerinti gyventojų sveikatą, įgyvendinant du pagrindinius tikslus:

- vykdyti aktyvią sveikatos politiką;
- pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą, restruktūrizuojant joje teikiamas paslaugas ir sveikatos priežiūros įstaigas.

Lietuvos sveikatos apsaugos reformos strateginės kryptys sudarytos vadovaujantis Liubljanos chartija (1996) ir PSO pasiūlytais sveikatos politikos formavimo principais, kuriais siekta atsisakyti sovietinio organizavimo būdo, atkurti tai, kas buvo iki sovietinės okupacijos (ligonių kasų sistemą, organizuoti privalomąjį sveikatos draudimą pagal Bismarko modelį) bei priartėti prie Vakarų šalių visuomenės organizavimo modelių (Gustainienė, 2003, cituojama pagal Skardžiūtė, 2011, p. 781).

Kaip teigia I. Jakušovaitė, Ž. Darulis ir R. Žekas, (2005), reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, turi būti suderintos dvi pagrindinės visuomenės vertybės:

1. teisingumas apibrėžiamas kaip supratimas ką nors lygiai paskirstyti tarp atskirų individų ar individų grupių.
2. efektyvumas – socialinių rezultatų maksimizavimas ekonominiais būdais, neatsiejamas nuo išteklių paskirstymo.

Pagal Rehfuess, Bruce, Bartram (2009) reformų varomoji jėga turėtų būti visuomenės poreikiai, kurie sveikatos sistemos reformą įgyvendintu remiantis “iš apačios” principu. Tai iš dalies atitiktų pacientų ir medikų interesus, bet nebūtų tikrasis šalies gyventojų interesas. Idealizuotas pertvarkos “iš apačios” variantas reikštų, kad sveikatos sistema turi būti pertvarkoma atsižvelgiant į pagrindinį gyventojų poreikį – būti sveikiems cituoja S. Skardžiūtė, (2011, p. 782).

Nė viena reforma nevykdoma dėl paties proceso – ji turi aiškius tikslus, kuriuos įgyvendinus pasiekiamas norimas rezultatas. Norint įvertinti rezultatus reikalingi ne tik moksliniai sistemos efektyvumo įrodymai, bet ir paliginimas su kitų šalių analogiškais pavyzdžiais ir pritaikymas prie esamos padėties (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 242).

Planuojant ir vykdant reformas turi būti suderinti pacientų, paslaugų teikėjų (organizacijų) ir politikų interesai, t. y. jos turi būti priimtinos visoms šioms grupėms – tik tada reforma bus daugiau ar mažiau sėkminga. Sėkmingam reformų planavimui ir vykdymui būtina žinoti teorinius sveikatos priežiūros reformų pagrindus ir praktinius vykdytų sveikatos priežiūros reformų padarinius.

C. H. Touky, (1999); A. Oliver, (2005) teigimu sveikatos priežiūros reformos įvairiose šalyse daugiausia remiasi trimis pagrindinėmis teorijomis:

1) istorinio institucionalizmo teorija – sveikatos priežiūros organizacijų jėga ir įvairove, kaip pagrindiniu reformų ir jų rezultatų veiksniumi. Remiantis šia teorija, organizacijos pačios mato ir pasirenka geriausius, racionaliausius vystymosi ir reformavimosi kelius;

2) racionalaus pasirinkimo institucionalizmo teorija – išankstiniu reformų tikslų ir naudos sistemai, organizacijoms ir pacientams išaiškinimu, ekonomine argumentacija, įrodymais pagrįstais pokyčiais;

3) sociologinio institucionalizmo teorija atsižvelgiama ne tik į pokyčių racionalumą ir logiką, bet ir į sveikatos priežiūros organizacijų identitetą, kultūrą, tarporganizacinius ryšius, organizacijos santykį su pacientais, santykį su aplinka, cituoja V. Janušonis, (2011, p. 7).

Reformų „darymas“ tik sveikatos apsaugos ministerijos ir sveikatos priežiūros steigėjų (dalininkų) lygmenyje rezultatų neduos (Dixon, 2005). Kokioje šalyje ir kokiame lygmenyje sveikatos priežiūros reformos vyktų, jų planuotojai ir vykdytojai visada susiduria su esminiu – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo klausimu – kas moka, kam moka, už ką moka, kaip moka, kiek moka cituoja V. Janušonis, (2011, p. 8).

Pagrindinės sveikatos priežiūros reformos nukreiptos į optimalią sveikatos priežiūros sistemos sandarą, sveikatos draudimą, sveikatos priežiūros valdymo ir atsakomybės už ją demonopolizaciją ir decentralizaciją, technologines inovacijas, visuomenės sveikatos stiprinimą. Pagrindiniai sveikatos priežiūros segmentai, kurie reformuojami yra mokesčiai ir finansavimas, visuomenės sveikata, pirminė sveikatos priežiūra, greitoji ir skubioji medicinos pagalba, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, medikų profesionalų ruošimas ir stacionarinė sveikatos priežiūra.

Sveikatos priežiūros reformų negalima vykdyti ekonominių krizių ar nuosmukių metais, nes reformų rezultatai gali būti nelaukti ir neprognozuojami. Tik esant pakankamam bendram gyventojų optimizmui, jų teigiamam požiūriui į įvairius pasikeitimus, teigiamam sveikatos priežiūros vertinimui galima pradėti vykdyti didesnes sveikatos priežiūros reformas ir tikėtis gerųjų rezultatų.

R. Kalėdienė (2004, p. 891) teigia jog sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijoje, sveikatos sistemos reformos tikslas yra gerinti gyventojų sveikatą. Sveikatos sistemos reformos tikslą pasiekti galima didinant sveikatos sistemos efektyvumą, užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisingumą ir lygybę. Sveikatos sistemos reforma vyksta išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse, todėl pokyčiai sveikatos sistemoje yra būtini. Apibendrinant galima teigti, kad pakito pacientų lūkesčiai. Jų poreikiams patenkinti reikia tobulesnių sveikatos technologijų, naujų sveikatos profesionalų kvalifikacijų. Į sveikatos sistemos reformą reikėtų žiūrėti kaip į nuolatinį procesą. Keičiantis sveikatos visumai, galimi įvairūs sveikatos problemų sprendimo būdai, tokie kaip lėšų skyrimas bei žmoniškųjų ir technologinių išteklių gerinimas. Sveikatos sistemos funkcijos – tai ne tik sveikatos paslaugų teikimas, bet ir sveikatos strategijos sukūrimas ir įgyvendinimas bei daugybė kitų visuomenės sveikatos veiklos sričių.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPAI IR JŲ TURINYS

Antroje darbo dalyje išskiriami pagrindiniai sveikatos priežiūros reformų tikslai, bei pateikiamos pagrindinės priežastys reformuoti sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje. Analizuojamos buvusios Lietuvos sveikatos sistemos reformos, nulėmusios ir suformavusios dabartinę sveikatos sistemą, apžvelgiama sveikatos reformos raida Lietuvoje. Taip pat atliekant analizę, yra naudojami teisės aktai (įstatymai, nutarimai), patvirtintos programos, institucijų veiklos ataskaitos, kurių pagalba analizuojamas restruktūrizacijos procesas bei visi keturi sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapai:

- Pirmas etapas 2003–2005 metai;
- Antras etapas 2006–2008 metais.
- Trečias etapas 2008–2012;
- Ketvirtas etapas 2012–2016.

Tai tęstinė programa, kurioje išskiriami pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai, uždaviniai ir kryptys, kurie orientuoti į stacionariųjų paslaugų mažinimą, ambulatorinių paslaugų plėtrą, įstaigų tinklo optimizavimą, efektyvesnių paslaugų įdiegimą, siekiant pagerinti gyventojų sveikatą. Taip pat pateikiami sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo vertinimo kriterijai, pagal kuriuos įvertinti įvykdymo rezultatai.

2.1. Lietuvos sveikatos reformų raida ir pagrindinės priežastys

Žlugus Sovietų Sąjungai ir atkūrus nepriklausomybę, Lietuvoje reikėjo reformuoti visą sveikatos priežiūros sistemą, kadangi joje vyravo Semaškos modelis. Ši sistema buvo centralizuota, tai yra visa sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, taip pat valstybė kontroliavo visas socialinės apsaugos sritis (Matulevičiūtė, Balžekienė, 2016, p. 101). Tačiau, kaip ir rodo tyrimai (Černiauskas, Jankauskienė ir Murauskienė, 1998, p. 16), Lietuvos gyventojai nebuvo patenkinti sovietinio režimo suformuota sveikatos priežiūros sistema ir troško reformų. 1991 m. tik 7% gyventojų Lietuvoje buvo patenkinti esančia sveikatos priežiūra, o net 80% pasisakė norintys reformų. Tuo laikotarpiu Lietuvoje medicinos paslaugos nebuvo lengvai prieinamos, todėl buvo įprasta neoficialiai mokėti už suteiktas paslaugas, duoti kyšius, nešti dovanas. Tai sudarė apie 10% visų išlaidų sveikatos priežiūrai. Trūko vaistų, nepakankamai dėmesio buvo skirta pirminei sveikatos priežiūrai ir sveikatinimo veiklai, darbuotojų atlyginimai buvo labai maži, o imtis privačios praktikos nebuvo leidžiama. Todėl buvo nuspręsta reformuoti sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje.

G. Černiauskas, D. Jankauskienė ir L. Murauskienė, (1998, p. 16) manymu reformas galima apibūdinti kaip pastangų pakeisti sovietinę sveikatos priežiūros sistemą ir pritaikyti ją nuolatos kintančiai socialinei aplinkai tarpusavio sąveiką.

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 (Janušonis, 2012, p. 429). Pasak Lileikytės ir kt. (2012, p. 5) šį procesą būtų galima įvardinti kaip nuolatinį, nes bet kuriame sveikatos sistemos vystymosi etape atsiranda naujų problemų ir būdų joms spręsti. 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.

Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema lyginant su kitomis Europos valstybėmis buvo prastesnė, todėl sveikatos sistemos reforma buvo pradėta vykdyti remiantis kitų Europos valstybių patirtimi. Pagal (Figueras, McKee, Cain, Lessof, 2004) S. Skardžiūtė (2011, p. 781) teigia, kad Lietuvoje, kaip ir kitose Europos šalyse, buvo stebimos šios sveikatos priežiūros sistemos kitimo tendencijos:

- prioritetas skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai;
- mažinamas ligoninių lovų skaičius;
- kuriami vienos dienos stacionarai;
- racionaliai naudojami finansiniai ištekliai;
- gerinama sveikatos priežiūros bei ligoninių vadyba.

Atkūrus 1990 m. Lietuvos nepriklausomybę, pradėta pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemą, prasidėjo aktyvus įstatymų leidybos procesas. Sveikatos reforma įteisinta 1991 m. spalio 30 d., Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba – Atkuriamasis Seimas patvirtino nutarimą „*Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo*“ ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį. Koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus.

1994 m. liepos 19 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė *Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą*, kuris sudarė įstatyminį pagrindą sveikatos priežiūros politikai kurti, apibrėžė vyriausybės, savivaldybių ir apskričių vaidmenį administruojant sveikatos priežiūrą. Taip pat įstatymas pripažino, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, kurią lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama sveikatos

priežiūra, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą. Šis įstatymas buvo priimtas atsižvelgiant į Pasaulinės Sveikatos Asamblėjos priimta sveikatos strategiją „Sveikata visiems – 2000“, Otavos sveikatos stiprinimo chartijos ir Lietuvos nacionalinės sveikatos nuostatais, taip pat siekdamas užtikrinti žmogaus teisę turėti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūrą, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Konstitucija (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Šis įstatymas vertinamas ir kaip programinis dokumentas, nes numatė sveikatos sistemą reglamentuojančių įstatymo parengimo planą ir apimtį. Buvo priimti šie pagrindiniai sveikatos sritį reglamentuojantys teisės aktai:

- 1995 m. Psichinės sveikatos įstatymas.
- 1995 m. Alkoholio kontrolės įstatymas.
- 1996 m. Tabako kontrolės įstatymas.
- 1996 m. Stomatologinės priežiūros įstatymas.
- 1996 m. Sveikatos draudimo įstatymas.
- 1996 m. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.
- 1998 m. Lietuvos sveikatos programa (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 115).

Labai svarbus sveikatos reformos etapas yra, kai Lietuvos Respublikos Seimas 1996 m. gegužės 21 d. priėmė *Lietuvos sveikatos draudimo įstatymą*, kuriuo 1997 m. sausio 1 d. paskelbta sveikatos priežiūros finansavimo reformos pradžia, kuris pradėjo galioti nuo 1997 m. spalio mėn., įteisintas privalomasis Lietuvos gyventojų sveikatos draudimas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 118). Šis įstatymas numato, kad privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami visi Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys neturintys pilietybės, nuolat gyvenantis Lietuvoje. Paslaugomis nemokamai gali naudotis tik tie piliečiai, kurie moka nustatyto dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996).

Iki sveikatos reformos įgyvendinimo sveikatos priežiūra buvo finansuojama iš valstybės biudžeto ir tai buvo vienintelis finansavimo būdas. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą (1994) 98 str., sveikatos įstaigų finansavimo šaltiniai yra:

- Lietuvos Respublikos valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšos;
- sveikatos draudimo lėšos;
- draudimo nuo nelaimingų atsitikimų lėšos;
- sveikatos fondų lėšos;
- lėšos už mokamą sveikatos priežiūrą ir mokamas paslaugas bei patarnavimus;
- palūkanos, mokamos už bankuose saugomas asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų nebiudžetines lėšas.

Valstybinis socialinis draudimas yra vienas iš pagrindinių finansavimo šaltinių. Pagal Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymą, fonde sukaupti pinigai yra centralizuoti tiksliniai finansiniai ištekliai, kurie yra naudojami valstybiniam socialiniam pensijų, ligos ir motinystės, nedarbo, sveikatos bei nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų draudimui finansuoti. Fondo finansų pagrindą sudaro savarankiškas Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžetas, neįtraukiamas į valstybės, savivaldybių ir kitus biudžetus teigia G. Lileikytė, ir kt. (2012, p. 6).

Sveikatos draudimo pagrindu vykdomas sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas labai priklauso nuo įstaigų veiklos, kuri apibrėžta 1996 m. birželio 6 d. priimtame Lietuvos Respublikos Seimo, o 1998 m. naujai suredaguotame *Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme*. Visos valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigos pagal juridinį statusą suskirstytos į viešąsias (ne pelno siekiančias) ir biudžetines. Viešosios sveikatos priežiūros įstaigos veikia kaip atskira įmonių turi savo nepriklausomą statusą, valdo valstybės arba savivaldybės turtą ir už gautą pelną įsigyja savo turto. Už jų suteiktas paslaugas mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ir kitų šaltinių. Pagal pavaldumą sveikatos priežiūros įstaigos suskirstytos į pavaldžias Sveikatos apsaugos ministerijai, apskritims ir savivaldybėms.

Įgyvendinant Europos Sąjungos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Nacionalinę sveikatos koncepciją, ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą sveikatos politikos strategiją, 1998 m. liepos 2 d. priimtoje *Lietuvos Sveikatos programoje* apibrėžti pagrindiniai tikslai: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, sveikatos santykių teisumas, gyvenimo kokybės gerinimas. Lietuvos sveikatos programos strategijos uždaviniai, kurių esmė – saugoti ir stiprinti žmogaus sveikatą nuo gimimo iki mirties. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos reforma suplanuota remiantis PSO Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos (Lietuvos Sveikatos programa, 1998). Anot R. Pangonienė, (2010, p. 58); D. Jankauskienė, R. Pečiūra, (2007, p. 105) buvusi centralizuota sovietinė sveikatos priežiūros sistema neskatinė efektyvaus sveikatos priežiūros valdymo ir išteklių naudojimo, todėl reformos tikslas yra ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių, bet ir paslaugų kokybės gerinimą, naujų įstatymų priėmimą.

Pasak J. Šileikienė, (2011, p.23) visa ši teisinė reglamentacija sudarė tvirtą teisinį pagrindą reformoms įgyvendinti. Prasidėjo minėtųjų įstatymų įgyvendinimas nacionaliniu lygmeniu Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos finansavimas buvo susietas su jų teikiamomis paslaugomis, o valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms buvo suteikta daugiau veiklos laisvės ir atsakomybės.

G. Černiauskas, D. Jankauskienė, L. Murauskienė, (1998, p. 18-19) pateikia pagrindinius sveikatos reformos tikslus:

1. Aktyvi sveikatos priežiūros politika yra svarbiausias sveikatos priežiūros reformos tikslas. Tai reiškia, kad privalu atsisakyti strategijos, kurios laikantis visas sveikatos priežiūros darbuotojų dėmesys buvo sutelktas į ligų gydymą, ir orientuotis į ligų prevenciją, įskaitant ir sveikos

gyvensenos propagavimą, sveikatinimo bei sveikatos mokymo veiklą, skirtą plačiajai visuomenei.

2. Paslaugų restruktūrizavimas. Siekiama restruktūrizuoti sveikatos priežiūros paslaugas taip, kad jos būtų orientuotos į pirminės sveikatos priežiūros plėtojimą ir bendrosios praktikos gydytojo (BPG) vartininko funkcijos įdiegimą. Be to, šia reforma siekiama sumažinti ligoninių sektoriaus vaidmenį kartu siekiant, kad ambulatorinė ir socialinė pacientų priežiūra pakeistų stacionarinę. Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą (priimtą 1996 m. ir pataisytą 1997 m. birželį) didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų privalo būti reorganizuotos į viešąsias įstaigas. Jau 1991 metais buvo pradėta rengti BPG, o nuo 1992 metų prasidėjo kitų specialybių gydytojų perkvalifikavimas į BPG.

Nors atgavus nepriklausomybę, pasikeitė sveikatos draudimo modelis, atsirado nauja institucija (teritorinės ligonių kasos), tačiau nebuvo nuoseklios paslaugų struktūros plėtros programos. 1990-1998 m. atlikti visuomenės moksliniai tyrimai rodė, kad piliečių netenkina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pabrėžia D. Jankauskienė, (2010, p. 108).

2001 m. gruodžio 20 d. Seimo posėdyje priimtas *“Lietuvos sveikatos reforma „dabartis ir ateitis“*. Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas, kuriame diskutuota apie sveikatos sistemos reformos tikslus ir principus. Šiame dokumente atkreiptas dėmesys, kad nesustiprinta bendrosios praktikos gydytojų institucija; nedecentralizuota pirminės sveikatos priežiūros sistema; neveikiantys tam tikri sveikatos priežiūros kokybės reikalavimus nustatantys Sveikatos apsaugos ministro įsakymai ir t.t. (Nacionalinės Sveikatos taryba, 2001). Anot B. Jogailės, (2014, p.23) šie ir kiti sveikatos sistemos minusai rodė, jog sveikatos sistema ne tik efektyviai nefunkcionavo, bet ir neįgyvendino užsibrėžtų tikslų, ir dėl to pilnai neužtikrino bei neapsaugojo žmonių sveikatos. Dėl šios priežasties, sveikatos sistemos pertvarka buvo neišvengiama.

Apibendrinus galima teigti, kad nuo nepriklausomybės atgavimo, Lietuvoje pradėjo formotis sveikatos priežiūros sistema, kuri labiau patenkintų pacientų poreikius, paslaugos būtų prieinamos ir kokybiškos, o sveikatos priežiūros sistema būtų finansuojama ne iš biudžeto, o sukūrus privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Dėl šių priežasčių reikėjo keisti teisinę bazę, todėl pradėjo leisti naujus įstatymus, kurie turėjo užtikrinti paslaugų prieinamumą ir kokybę. Sveikatos sistemos reforma buvo tęstinis procesas.

2.2.Pirmojo ir antrojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapai ir jų turinys

Įgyvendinant sveikatos reformą nuo 1990 metų parengta ir priimta eilė naujų įstatymų . Pagrindiniai nacionaliniai strateginiai dokumentai, kurie siejasi su sveikatos priežiūros reforma, t. y. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), Lietuvos sveikatos programa (1998). Vykiant sveikatos priežiūros reformą Lietuvoje buvo pradėta restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigas. Mokslinėje literatūroje sveikatos priežiūros restruktūrizacija – dažniausiai reiškia sveikatos priežiūros paslaugų, o ne organizacijų restruktūrizaciją. Sveikatos priežiūros restruktūrizaciją kai kurių šalių sveikatos politikai mato kaip vaistą nuo visų sveikatos priežiūros sistemos ligų, kaip pagrindinį įrodymą, kad „kažkas daroma“ (Janušonis, 2011, p. 10). Lietuvos Respublikos teisės aktuose restruktūrizacijos sąvoka nėra pateikiama. Tačiau analizuojant mokslinę literatūrą bei teisės aktus galima teigti, kad restruktūrizacija – tai sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarkymas ekonomine, komunikacine ir organizacine prasmėmis.

J. Misevičienė ir Ž. Milašauskienė (2002, p. 559) teigia, kad Lietuvos sveikatos sektorius yra pertvarkomas ir gerinama teikiamų paslaugų kokybė, siekiant pagerinti gyventojų sveikatą. O I. Balčiūnienė, J. Petkinis, Ž. Milašauskienė (2004, p. 272) teigia, kad sveikatos kokybės gerinimą skatina ir didėjanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos dėl savo specifiškumo yra sudėtinga paslaugų rūšis – jos turi tenkinti ne tik paciento poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus.

Sveikatos apsaugos ministras 2002 m. birželio 12 d. įsakymu sudarė Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisiją, kuriai buvo pavesta parengti Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektą. Sukurta komisija atlikta išsami esamos Lietuvos situacijos analizė, Europos Sąjungos valstybių sveikatos priežiūros sistemų plėtros patirties ir pagrindinių politinių nuostatų tyrimai parodė, kad restruktūrizavimo išvakarėse Lietuvoje turėjome 1,5 karto daugiau ligoninių ir 1,6 karto daugiau lovų, tenkančių 10000 gyventojų, negu vidutiniškai Europos šalyse. Europos šalyse 100 gyventojų teko 18,1 hospitalizacijų, o vieno paciento gydymo ligoninėje trukmė vidutiniškai sudarė 6,9 dienos, Lietuvoje stacionaruose gydėsi 23,2 iš 100 gyventojų, o vidutinė jų gulėjimo trukmė siekė 10,04 dienos. Komisija vykdydama jai pavestą užduotį, parengė dokumentų paketą, iš kurių svarbiausias buvo Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos projektas. (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010, p. 213; Lileikytė ir kt. 2012, p. 8). Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos nuostatas sveikatos apsaugos srityje, Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. kovo 18 d. nutarimu patvirtino *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją*. Taigi, Lietuvoje vykiant sveikatos priežiūros reformą buvo pradėta restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigas Šis procesas buvo vykdomas dviem etapais:

- Pirmas etapas 2003–2005 metai;
- Antras etapas 2006–2008 metais.

Šios strategijos restruktūrizavimo kriterijai ir siekiami rezultatai nustatyti tik pirmajam etapui (2003–2005 m.). O tik įvertinus pasiektus pirmojo etapo rezultatus 2005 metų II pusmetyje bus nustatomi antrojo etapo kriterijai ir siekiami rezultatai, tikslinama jo trukmė. Ši strategija suformuluota vadovaujantis išsamia esamos situacijos Lietuvoje analize, taip pat sveikatos reformų rezultatų vertinimu Pabaltijo ir Europos Sąjungos valstybėse (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2003).

Pagrindiniai sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos (2003) tikslai buvo gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius, o svarbiausi uždaviniai: restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą, perduoti atitinkamą valstybės ir savivaldybių turtą sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti, naudoti ir disponuoti juo patikėtina teise, didinti įstaigų veiklos efektyvumą. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimui ir paslaugų prieinamumo gerinimui, ypač kaimo vietovėse, buvo skirtas prioritetas dėmesys. Taip pat buvo numatyta, kad ne mažiau kaip 60 % lėšų gautų iš restruktūrizavimo procese privatizuotų ir atlaisvintų savivaldybių nuosavybei priklausančių pastatų, bus skirta sveikatos priežiūros įstaigoms ir technologijoms atnaujinti. Sveikatos apsaugos ministerijai buvo pavesta tvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus, kontroliuoti jų įgyvendinimą ir numatyti lėšas programos įgyvendinimui (Kairys, Sužiedelytė, 2009, p. 2562).

Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategija rėmėsi suformuotomis trejomis prioritetinėmis kryptimis, kurios įtvirtino iš esmės naują požiūrį į tolimesnę sveikatos priežiūros sistemos plėtrą:

1. pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra, kurią įgyvendinant buvo skatinama privačių bendrosios praktikos gydytojų dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, sudaryti privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms tokias pat sąlygas, kaip ir valstybės sveikatos priežiūros įstaigoms, didinti gydymo paslaugas ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, daugiau dėmesio skirti ligų prevencijai ir tobulinti finansavimo modelį.

2. antroji kryptis – stacionarių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra, kuria įgyvendinant buvo siekiama optimizuoti stacionarių paslaugų apimtį ir struktūrą, derinti tai su pacientų poreikiais, intensyvinti gydymo procesą, plėtoti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas ir kt.

3. trečioji kryptis – medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra, daugiausia dėmesio skiriant vyresniojo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2003).

Igyvendinant strategijoje buvo numatyta, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą planuoti atsižvelgiant į vietovės gyventojų išdėstymo tankumą, gyventojų amžiaus struktūrą, gyventojų sveikatos būklės rodiklius, transporto tinklo išvystymą, atstumą iki kitų sveikatos priežiūros įstaigų, gyventojų traukos centrus. Stacionarines sveikatos priežiūros įstaigas numatyta restruktūrizuoti įvertinus pacientų srautus bei stacionarinių paslaugų teikimo rodiklius. Taip pat numatyta siekti 18/100 gyventojų hospitalizacijos rodiklio, 8 dienų vidutinės gulėjimo trukmės rodiklio, lovos užimtumo – 330 dienų, lovų skaičius 1000 gyventojų 0,8–1,2 lovos, nustatyto pagal atitinkamus gydymo profilius, rodiklius. Šioms nuostatomis įgyvendinti buvo numatyta atlikti atitinkamų įstatymų pakeitimus bei parengti restruktūrizavimo programas, kuriose būtų numatytos konkrečios priemonės. pasiektas ekonominis efektas turi sudaryti galimybę padidinti vidutinį sveikatos priežiūros paslaugų įkainį apytiksliai 20 % (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2003).

Pirmojo restruktūrizacijos etapo metu (2003-2005 m.) pavyko racionalizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jų teikiamų paslaugų struktūrą, padidinti sveikatos priežiūros veiklos efektyvumą. 2005 m. sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijai buvo skirta 29 milijonai litų. Buvo reorganizuotos 23 ligoninės, suremontuota 50 000 kv. m ploto, išlaisvinta 67 662 kv. m ploto, 1/5 arba 5000 sumažintas lovų skaičius bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse (2003 m. – 25 500 lovų; 2005 m. – 20 500 lovų), išaugo ambulatorinių ir slaugos paslaugų apimtys (ambulatorinės paslaugos išaugo 6 %, o slaugos apimtys išaugo 15 %), sumažėjo stacionarinės paslaugos (8 %) ir gydymo stacionare trukmė (1 pacientas vidutiniškai ligoninėje gydos 2 dienomis trumpiau). Visi šie rezultatai padėjo taupyti lėšas. Ekonominis visų pakeitimų efektas vertinamas 154 mln. Lt (45mln. Eur.) (Kairys, Sužiedelytė, 2009, p. 2563).

Apžvelgiant pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus nustatyta, kad apsilankymų pas gydytojus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9, hospitalizacijų, tenkančių 100 gyventojų, sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2 ligonio, vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų; lovos užimtumas padidėjo nuo 284 iki 308 dienų, o lovos apyvarta pagerėjo nuo 28 iki 35 pacientų. Taip pat pastebėta, kad veiksmingesnė tapo sveikatos paslaugų struktūra: penktadaliu (5000) sumažėjo lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, stacionarinių paslaugų buvo teikiama 8% mažiau, ambulatorinių paslaugų padaugėjo 6%, slaugos apimtis padidėjo 15%, įsteigta 600 dienos stacionaro vietų,. Reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių Lietuvoje sumažėjo 22 juridiniais vienetais. Ligoninių, kurių teikiamų paslaugų apimtis neužtikrina paslaugų saugumo pacientams, buvo uždaryti arba sujungti su kitais skyriais. Šio etapo metu pavyko sutaupyti 154 mln. Lt. (45 mln. eur.), kurie panaudoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei, medikų darbo sąlygoms gerinti. Apskaičiuota, kad 2 dienomis trumpesnis vieno ligonio gydymas ligoninėje leido sutaupyti apie 40 mln. Lt. (12 mln. eur.). Lėšų sutaupymui įtakos turėjo taip pat gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu ambulatoriškai, dienos stacionare, intensyvaus gydymo pakeitimas gydymu slaugos ligoninėje (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2006).

Pasak J. Kumpienės, O. Sužiedelytė, (2010, p. 224-225) nuosekliai įgyvendinant pirmąjį sveikatos priežiūros restruktūrizacijos etapą siekiama ir toliau tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą 2006 m. birželio 29 d. buvo priimta *antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija*, kuri reglamentavo dokumentų Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos (1991), Lietuvos sveikatos programos (1998) ir įgyvendinimo tęstinumą ir vientisumą. Strategijoje įvertinti pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai. Kadangi treji metai – per trumpas laiko tarpas, kad būtų pastebimi svarbesni Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pokyčiai, numatomi antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai yra nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą; tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą; toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą; optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2006).

Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapo pagrindiniai uždaviniai išliko tolygus pirmojo etapo uždaviniams. Numatoma plėsti ir artinti prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, kaip teigia I. Černiauskaitė, A. Sruogaitė, I. Tamutienė (2011, p. 96) gyventojams buvo sudaryta daugiau galimybių rinktis ne tik valstybines, bet privačias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, kurios steigėsi arčiau pacientų gyvenamosios vietos, kad palengvintų pacientu patekimą pas šeimos sveikatos priežiūros specialistą. Plačiai paplitusias ligas gydyti arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, o naujausias technologijas, sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų ligoninėse ir daug pacientų aptarnaujančiose ligoninėse. Plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekta, kad šios paslaugos būtų teikiamos bendrojo pobūdžio ligoninėse ir būtų teikiamos kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis, reorganizuoti greitosios medicinos pagalbos teikimo sistemą, kurti ambulatorines rehabilitacijos skyrius, o stacionarines rehabilitacijas optimizuoti, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą, skatinti papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2006).

Pagal J. Kumpienė, O. Sužiedelytė, (2010, p. 228) antrojo restruktūrizavimo etapo tikslams ir uždaviniams įgyvendinti naudojama Europos Sąjungos finansinė parama, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų, taip pat kitų finansavimo šaltinių lėšos. Sutaupytos sveikatos apsaugos sistemos lėšos, įgyvendinus atitinkamas restruktūrizavimo priemones, naudojamos sveikatos apsaugos sistemos reikmėms.

Siekiant įvertinti šio etapo įgyvendinimo numatytus tikslus ir uždavinius, patvirtintoje antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaitoje, buvo nustatyti šie vertinimo kriterijai, bei jų vykdymo rezultatai pateikiami 1 lentelėje:

1 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 % |
|----------|--|---|---------|---------------|-----------------------|
| 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 padidėjimas ne mažiau kaip 5 % | atvejų skaičius (tūkst.) | 6763,6 | 7908,4 | 16,9 |
| 3. | Slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtys padidėjimas 3-5 % | hospitalizuotų ligonių skaičius (vnt.) | 25918 | 29852 | 15,2 |
| 4. | Dienos stacionaro paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 10 % | lovadieniu skaičius (tūkst.) | 268,9 | 328,1 | 22,0 |
| 5. | Dienos chirurgijos paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 10 % | paslaugų skaičius (tūkst.) | 36,5 | 105,5 | 189,0 |
| 6. | Stacionarinių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtys sumažėjimas 3-5 % | hospitalizacijos atvejų skaičius (tūkst.) | 738,4 | 751,8 | (padidėjo) 1,8 |
| 7. | Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimas ne mažiau kaip 10 % | vnt. | 371 | atnaujinta 97 | 26,1 |

Šaltinis: Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita (2008).

Apibendrinant antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatus, kaip matyti iš 1 lentelėje pateiktų duomenų, beveik visi antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai įvykdyti, išskyrus stacionarinių ligonių skaičiaus antrojo etapo metu įvykdyti nepavyko, kurtis turėjo sumažėti 3–5%, bet nežymiai padidėjo 1,8%. Nepavyko pasiekti ir 60% privačiai pirminės sveikatos priežiūros teiktų paslaugų rodiklio, taip pat nebuvo įgyvendintos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų apimtys. Pasak J. Kumpienės, O. Sužiedelytės (2010, p. 233), šis restruktūrizacijos etapas palyginti su pirmuoju restruktūrizacijos etapu, buvo mažiau sėkmingas. Jos įvardija pagrindines prastesnių rezultatų priežastys: nepakankamas finansavimas, prasidėjusi ekonominė krizė, sumažėjęs restruktūrizavimo proceso intensyvumas, likvidavus Viešąją įstaigą „Sveikatos teisės ir ekonomikos centras“, kuris koordinavo restruktūrizavimo procesą ir stebėseną. Todėl galima daryti išvadą, kad antroje restruktūrizavimo programoje ne visos priemonės buvo įvykdytos, kaip teigia V. Jasiukaitienė, S. Sauliūnė, (2014, p. 45), dėl to buvo patvirtintas trečiasis restruktūrizacijos etapas, nors jis ir nebuvo numatytas pirmosiose strategijose

2.3. Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas ir jo turinys

Sveikatos apsaugos ministerija atlikusi išsamią pirmųjų dviejų restruktūrizavimo etapų rezultatų analizę, išstudijavusi užsienio valstybių patirtį ir vykstančius sveikatos apsaugos sistemų pokyčius bei esamą situaciją. Šios analizės pagrindu siekiant užtikrinti dviejų pirmųjų restruktūrizacijos etapų reformų tęstinumą, 2008–2012 metų programai įgyvendinti, Lietuvos Respublikos vyriausybė 2009 m. gruodžio 7 d. patvirtino nutarimą „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010, p. 233-234), kurioje numatytos dvi užduotys: sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2009).

Pasak J. Kumpienės, O. Sužiedelytės (2010, p. 234), atsižvelgiant į ekonominės krizės poveikį valstybės finansams ir į mažėjantį Privalomojo draudimo fondo biudžetą, pagrindinis programos tikslas buvo teikti saugias, geros kokybės, ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Papildomi tikslai buvo – teikti prioritetą šeimos gydytojų teikiamoms paslaugoms ir gydytojų specialistų ambulatorinėms konsultacijoms, optimizuoti stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir restruktūrizuoti teikiamų paslaugų struktūrą, o taip pat sutaupytas lėšas skirti ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti, sumažinti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo sąnaudas.

Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programa numatė šiuos pagrindinius uždavinius:

1. suformuoti efektyvesnį sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, jungiant sveikatos priežiūros įstaigas į stambesnius juridinius vienetus bei integruojant monopofilines įstaigas į daugiaprofilinių įstaigų sudėtį;
2. suformuoti racionalesnę sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūrą, perskirstant pacientų srautus, stiprinant rajono lygmens ligoninių infrastruktūrą plačiai paplitusioms ir ne sudėtingoms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas sutelkti regiono ir respublikos lygmens ligoninėse pateikia J. Kumpienė, O. Sužiedelytė, (2010, p. 234).

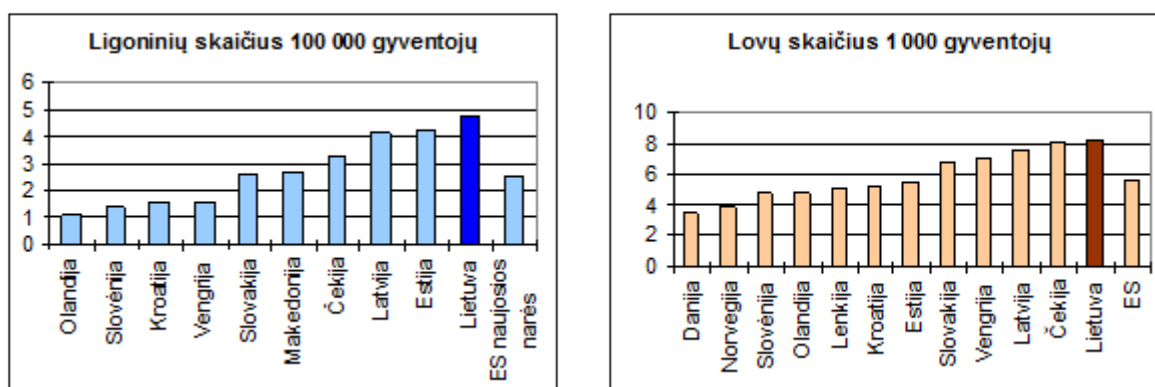
Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime (2009) pateikta, kad 2003-2008 metais Lietuvoje įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, ligoninių ir lovų jose, tenkančių santykiniam gyventojų skaičiui, sumažėjo, tačiau pagal 2007 metų rodiklius mūsų valstybė vis dar smarkiai lenkė Europos Sąjungos valstybių vidurkį (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Pagrindinių Lietuvos rodiklių palyginimas su Europos Sąjungos šalių vidurkiais, 2007 metai

| Rodikliai | Lietuva | ES vidurkis |
|---|---------|-------------|
| Ligoninių skaičius 100 000 gyventojų | 3,45 | 2,97 |
| Aktyvaus gydymo lovų skaičius 10 000 gyventojų (be slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės, psichiatrijos ir medicininės reabilitacijos) | 50,6 | 39,5 |
| Ligonių, hospitalizuotų aktyviam gydymui (be slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės, psichiatrijos ir medicininės reabilitacijos) | 21,5 | 17 |

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ (2009).

Taip pat nurodoma, kad remiantis Pasaulio banko ekspertų 2009 metų birželio mėnesį atlikta valstybės išlaidų Lietuvos socialiniuose sektoriuose studija rodo, kad ligoninių ir lovų santykiniam gyventojų skaičiui Lietuvoje daugiau nei kaimyninėse Baltijos valstybėse (3 pav.).



3 pav. Ligoninių skaičius 100000, lovų skaičius 1000 gyventojų.

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ (2009).

Optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą buvo numatyta sveikatos priežiūros įstaigas, esančias arti viena kitos ir galinčias naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, sujungti į stambesnius juridinius vienetus; specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcines, gimdymo paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas integruoti į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas; sveikatos priežiūros įstaigas, kurios turi aukščiausio lygio technologijas ir siaurų specializacijų gydytojus, teikia sudėtingiausias paslaugas, turi mokslo ir mokymo bazes, palikti pavaldžias Sveikatos apsaugos ministerijai kartu su universitetais; valstybės žinion perduoti po vieną Vilniaus, Kauno Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų daugiaprofilinę sveikatos priežiūros įstaigą, kuriose didžiausi

pacientų srautai; po vieną specializuotą sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje didžiausi pacientų iš visos Lietuvos srautai; dvi specialaus režimo reikalingas sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias priverstinio gydymo paslaugas pacientams, siunčiamiems gydytis teismo sprendimu; o kitas sveikatos priežiūros įstaigas perduoti savivaldybių žinion (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2009).

Restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugas buvo atsižvelgta į atliekamų didžiųjų operacijų skaičių per kalendorinius metus; gimdymų skaičių per kalendorinius metus; geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės; aprūpinimas reikiama asmens sveikatos priežiūros specialistais; įstaigų veiklos ekonominiai–finansiniai rezultatai (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2009).

Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų trečiojo restruktūrizavimo etapo programoje (2009) nustatytais kriterijais, pagal teikiamų paslaugų struktūrą sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į 3 lygmenis:

- Rajono lygmeniui priskiriamos įstaigos, kurios neatitinka šių dviejų kriterijų: kartu: 1 100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus. Akušerijos paslaugos teikiamos tose rajono lygmens ligoninėse, kuriose per metus priimama daugiau kaip 300 gimdymų arba kurių geografinis atstumas iki artimiausios teikiančios stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas ligoninės – daugiau kaip 50 kilometrų.
- Regiono lygmeniui priskiriamos įstaigos, kurios atitinka šiuos du kriterijus kartu: 1 100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus.
- Respublikos lygmeniui priskiriamos įstaigos, nepriklausančios rajono ir regiono įstaigų lygmenims. Respublikos lygmens ligoninėse gali būti teikiamos visų profilių paslaugos, išskyrus paslaugas, teikiamas tik universiteto ligoninėse, kurioms teikti reikia ypač sudėtingų brangių technologijų ir specialistų, gebančių jomis naudotis (Skardžiūtė 2011, p. 49).

Trečiojo restruktūrizavimo proceso tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai buvo gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir sauga pokytis, pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais, dienos stacionaro paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 8 procentais, hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18, pagal kuriuos yra vertinama restruktūrizavimo programa (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2009).

Palyginti su pirmaisiais dviem etapais, trečiojo restruktūrizavimo etapo kryptys ir mastai yra žymiai platesni. Pasak J. Kumpienės ir O. Sužiedelytės (2010, p. 238), tokie reformos užmojai išprovokavo didelį pasipriešinimą. Trečiojo restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo rezultatai priklauso nuo politikų apsisprendimo ir sveikatos priežiūros tikėjimo, kad reforma yra būtina ir ją įvykdžius galima pasiekti gerokai efektyvesnę sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą.

2.4. Ketvirtojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas ir jo turinys

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, XI skyriaus „Sveikatos tausojimo ir stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politika“ 185 priemonę „Siekiant efektyvaus nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligonių tinklo konsolidavimo etapo planą“, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. patvirtino nutarimą „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ (toliau – Ketvirtas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas), kuris bus įgyvendintas iki 2017 m. gruodžio 31 d. (Sveikatos apsaugos ministerija).

Šio, ketvirtojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo tikslas – gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą, racionalizuoti sveikatos sistemos finansinių bei infrastruktūros išteklių panaudojimą, stabilizuoti sveikatos priežiūros įstaigų finansinę padėtį ir sudaryti galimybes didinti sveikatos apsaugos sistemoje dirbančių darbuotojų atlyginimus (Sveikatos apsaugos ministerija).

Ketvirtasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas numatė šiuos pagrindinius uždavinius: konsoliduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų struktūrą: taikant nesudėtingoms paslaugoms geografinio prieinamumo principą ir netaikyti geografinio prieinamumo principo sudėtingoms paslaugoms (kai ligoms ir sveikatos sutrikimams būdingi įvairūs simptomai arba požymiai, dėl kurių būtinos asmens sveikatos priežiūros specialistų komandų teikiamos kelių profilių paslaugos); šiuo atveju taikytinas kokybiškų ir saugių paslaugų prieinamumo principas, šių ligų ir sveikatos sutrikimų diagnostika ir gydymas turi būti sutelkti universitetų, kitose respublikos ir regiono lygmens ligoninėse, turinčiose aukščiausios kvalifikacijos specialistus, naudojančiose naujausias technologijas ir moderniausią įrangą; plėtoti koordinuotą ir integruotą ligų valdymą (klasterius); didinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir optimaliai paskirstyti paslaugas tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ypač atkreipti dėmesį į racionalesnį jų paskirstymą apskričių teritorijose; gerinti paslaugų prieinamumą, nenaudojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovas pirmiausia naudoti paslaugoms, kurių trūksta (slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyviosios pagalbos), teikti (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2015).

Sveikatos apsaugos ministerijos atliktoje esamos būklės apžvalgoje matome, kad nemaža dalis sveikatos priežiūros įstaigų, ypač rajonuose dirba nuostolingai. Skaičiuojama, kad 2015 metų pradžioje Lietuvoje veikė 94 ligoninės (iš jų 7 – privačios) ir 1394 ambulatorinės įstaigos (986 privačios), ligoninėse buvo daugiau nei 26 tūkst. lovų, o vidutinė gulėjimo aktyvaus gydymo ligoninėse trukmė 2014 metais – 5,9 dienos, lovos užimtumas – 265,7 dienos lovos apyvarta – 45,1, hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų – 23,6 ligonio.

Sveikatos apsaugos ministerijos atlikta esamos būklės apžvalga rodo, kad didžiausi sveikatos sistemos trūkumai, trukdantys užtikrinti, kad efektyviai būtų naudojami turimi sveikatos sistemos finansiniai ir materialiniai ištekliai, yra tai, kad pernelyg didelę dalį užima stacionarios paslaugos; per daug lovų aktyvaus gydymo ligoninėse –7,3 lovos 1000 gyventojų ir yra 38 procentais didesnis už Europos Sąjungos vidurkį, pagal šį rodiklį Lietuva užima trečią vietą iš 28 Europos Sąjungos valstybių. Taip pat pastebima, kad neefektyviai naudojamos turimos ligonių lovos – naudojama tik 73% šių lovų, ypač neefektyvus tose savivaldybėse, kuriuose gyventojų skaičius sudaro apie 20 tūkstančių ir kuriuose atstumas iki apskrities centre ar didesniame mieste esančios ligoninės yra nedidelis. Tokios ligoninės dėl nedidelio pacientų skaičiaus negali, o mažėjant gyventojų skaičiui tikėtina, kad ir ateityje negalės lovų naudoti efektyviau ir pasiekti geresnių ligoninių veiklos rodiklių. Šiuo metu kai kuriose rajonų ligoninėse neužimtos lovos per metus net 224 dienas. Todėl galima daryti išvadą, kad nemaža dalis sveikatos priežiūros įstaigų, ypač rajonuose, dirba nuostolingai (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2015).

Atsižvelgiant į pažangiausių pasaulio sveikatos sistemų patirtį, kaip numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime (2015), jog ketvirtąjį sveikatos priežiūros ir paslaugų restruktūrizavimo etapą buvo numatoma įgyvendinti šiomis kryptimis:

1. Pirmoji kryptis – numatoma perkelti didžiąją žmonių sveikatos problemų sprendimų iš gydytojų specialistų grandies į pirminės sveikatos priežiūros grandį, kad šeimos gydytojais spręstų iki 80% šių problemų, skatinti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas gerinti teikiamų paslaugų kokybę, skatinti šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką, skatinti gyventojus sveikai gyventi.
2. Antroji kryptis – numatoma plėtoti slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugas, gerinant jų kokybę ir apmokėjimą, perkelti pacientus po to, kai jie ištiriami, nustatoma diagnozė ir pritaikomas gydymas didžiosiose ligoninėse į rajono lygmens ligonines tolesniam gydymui, intensyviai plėtoti ambulatorinę slaugą mažose savivaldybėse, kuriose stacionarines slaugos paslaugas teikti ekonomiškai nenaudinga.
3. Trečioji kryptis – numatoma atsisakyti perteklinių aktyvaus gydymo lovų, tobulinti ligoninių vidaus struktūrą, specializuotas paslaugas keisti slaugos, ilgalaikio gydymo, kad aktyvaus gydymo lovų užimtumas asmens sveikatos priežiūros įstaigose nebūtų mažesnis kaip 300 dienų per metus, teikti akušerijos paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ligoninėse, kuriose per praėjusių metų ligoninėje priimta ne mažiau kaip 300 gimdymų, chirurgijos paslaugas teikti ligoninėse, kuriose per praėjusius metus atlikta ne mažiau kaip 400 didžiųjų operacijų, stacionarias paslaugas stiprinti regiono ir rajono lygmens ligoninėse.

Taip pat atsižvelgiant į rajono ligoninių padėtį, siūloma atsisakyti specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų profilių, kurie nukreipia pacientus į aukštesnio lygmens ligonines, kurios suteikia atitinkamo specializuoto profilio paslaugas:

- pacientus siųsti į regiono ir respublikos lygmens ligonines;
- suteikti atitinkamo specializuoto profilio paslaugas apskrities centre esančioje ligoninėje, kuriose pacientų srautai didžiausi ir daugiau nuolat dirbančių to profilio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros specialistų;
- sutelkti stacionarines vaikų ligų paslaugas tose apskričių ir didžiųjų miestų ligoninėse, kuriose šių pacientų srautai didžiausi;
- reorganizuoti ligonines, kuriose lovų panaudojimo rodiklis yra santykinai labai žemas (mažiau kaip 250 dienų per metus), – prijungiant jas prie apskrities centre esančių ligoninių arba sujungiant su netoliese veikiančiomis ligoninėmis;
- ligoninėje teikti tik slaugos ir ilgalaikio gydymo paslaugas bei palikti ir minimalų skaičių terapinių lovų (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2015).

Sėkmingai įgyvendinus ketvirtąjį sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapą, buvo numatyta, kad pagerės paslaugų prieinamumas, saugumas bei kokybė. Efektyviau bus naudojami sveikatos sistemos finansiniai, žmogiškieji ir materialiniai ištekliai. Keičiant sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, perskirstytos lėšos, galėtų būti naudojamos, trūkstamoms sveikatos priežiūros paslaugoms plėtoti. Atsirastų galimybė, padidinti paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas, būtų sudarytos sąlygos išvengti neigiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatų, nuostolių, taip pat būtų galima didinti darbuotojų darbo užmokestį.

Pasak R. Kaledienės (2010, p. 58), kad Lietuva, kaip ir kitos pokomunistinės valstybės, paskutinįjį XX amžiaus dešimtmetį susidūrė su didžiulėmis gyventojų sveikatos problemomis. 1991–1994 metais dramatiškai didėjo mirtingumo rodikliai, trumpėjo vidutinė gyvenimo trukmė, plito savižudybių, narkomanijos, alkoholizmo epidemija. Antroje dešimtmečio pusėje ekonominė ir socialinė šalies raida kiek stabilizavosi. Sveikatos raida yra glaudžiai susijusi su visuomenės socialiniais, ekonominiais, demografiniais pokyčiais. Nuo 1995 metų pradėjo gerėti kai kurie gyventojų sveikatos rodikliai, tačiau pastebimi ir kai kurie sveikatos neigiami pokyčiai. Todėl sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą būtina sieti su pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais.

Kaip teigia I. Kisielienė (2014, p. 5), Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje keliamas strateginis tikslas: pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Todėl analizuojant restruktūrizacijos rezultatus svarbu įvertinti jų įtaką gyventojų sveikatai pagal tam tikrus pagrįstus ir informatyvius kriterijus, pavyzdžiui, Lietuvos gyventojų vidutinės būsimos gyvenimo trukmės pailgėjimas ir vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumas tarp vyrų ir moterų mažinimas, ilgėjanti vidutinė vyrų būsimo gyvenimo

trukmė, mirtingumo sumažinimas. K. Žegunis (2015, p. 439) teigia, kad vis dar didžiausias iššūkis – kaip sujungti sveikatos sistemos veiklą ir žmonių sveikatą.

3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO VERTINIMAS

Trečioje darbo dalyje vertinami keturių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatai. Lyginimo metodu vertinami sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rodikliai įtakoiantys gyventojų sveikatą

3.1. Tyrimo metodika

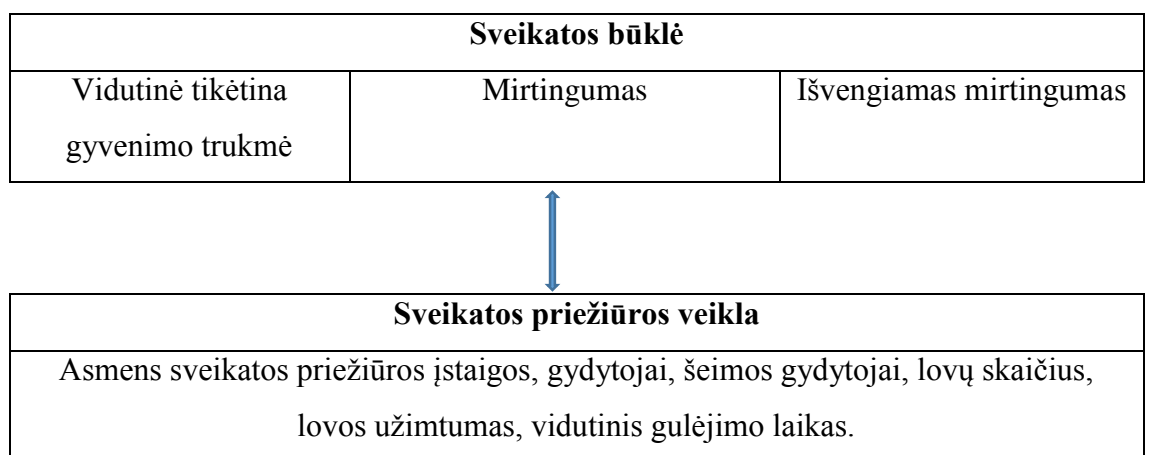
Baigiamojo magistrinio projekto tyrimo **tikslas** yra įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos 2003–2016 m rezultatus.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti su sveikatos būkle susijusius rezultatus.
2. Įvertinti sveikatos priežiūros veiklos rezultatus.
3. Atlikti Lietuvos ir ES šalių sveikatos sektoriaus programų vertinimo sistemos lyginamąją analizę.

Šio magistro baigiamojo darbo tyrimas buvo vykdomas 2017 m. sausio – 2017 m. balandžio mėn., duomenys naudoti nuo 2003 m. iki 2016 m. Siekiant įgyvendinti iškeltą tikslą taikomi šie teoriniai metodai: duomenų analizės metodas, lyginimo metodas bei apibendrinimo metodas.

Šio magistro baigiamojo darbo tyrimo objektas – sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatų vertinimas. Siekiant įvertinti gyventojų sveikatos rodiklių pokyčius, atliktas lyginimo metodas, tai duomenų rinkimas ir matavimas (Tidikas, 2003, p. 415). Palyginimui buvo pasirinkti su sveikatos būkle susiję gyventojų sveikatos rodikliai ir su sveikatos priežiūros veikla susiję rodikliai (žr. 4 pav.)



4 pav. Gyventojų sveikatą veikiantys veiksniai

Atlikti statistinių duomenų analizei, duomenys buvo gauti iš Lietuvos statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenų bazės (Lietuvos statistikos departamentas, 2017) buvo paimta informacija apie vidutinę būsimo gyvenimo trukmę, mirtingumą, kūdikių mirtingumą. Higienos

instituto Lietuvos sveikatos informacijos centro (Higienos institutas, 2017) duomenų bazės naudota informacija apie išvengiama mirtingumą, asmens sveikatos priežiūros įstaigas, gydytojų skaičių, gydymo lovų skaičius, vidutinis gulėjimo laikas, lovos užimtumas, o iš European Health at a Glance, (Eurostat, 2016) duomenų bazės gauta informacija panaudota palyginimui su ES šalimis.

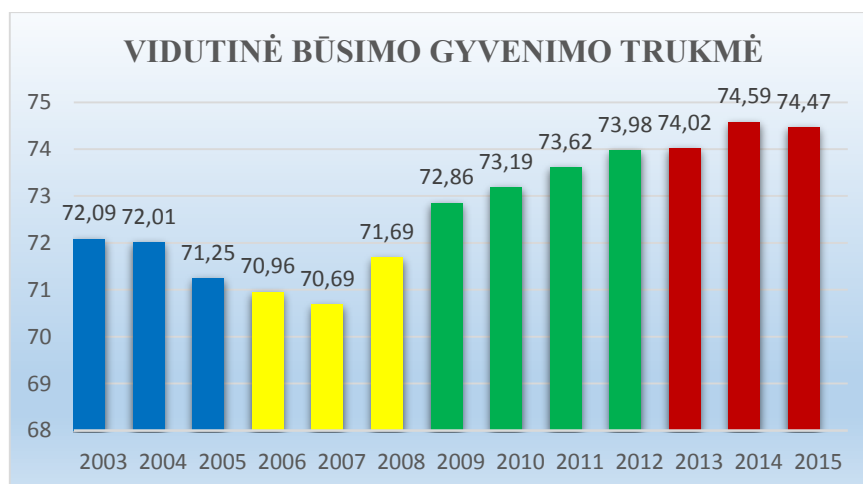
Apibendrinimo metodas moksliniame darbe naudojamas apibendrinant naudota literatūrą, gautus tyrimo duomenis, darant tyrimo išvadas, formuojami viso darbo ir tyrimo teiginiai.

3.2. Tyrimo rezultatai ir analizė

3.2.1. Su sveikatos būkle susiję vertinimo rezultatai

Pirmasis analizuojamas su sveikatos būkle susijęs gyventojų sveikatos rodiklis yra **vidutinė gyvenimo trukmė** (sutrumpintai – VGT) – vienas pastarųjų dešimtmečių laimėjimų, kuriam įtakos turėjo sveikatos priežiūros pažanga bei padidėjusi visapusė žmonių gerovė (Našlėnė, Gurevičius, 2016, p. 24). Taip pat vienas pagrindinis gyventojų sveikatos rodiklis, kuris atspindi bendrą rizikos veiksnių poveikį, ligų paplitimą bei gydymo veiksmingumą, taip pat vienas tiksliausių ir dažniausiai moksliniuose straipsniuose naudojamų gyventojų sveikatos rodiklių, kurios trukmės rodikliui skaičiuoti naudojamas mirusių asmenų ir vidutinis metinis gyventojų skaičius. Šis rodiklis 1991–1994 metais sumažėjo, 1995–2000 metais didėjo ir 2002 metais stabilizavosi.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis (žr. 5 pav.) pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje VGT 2003 metais buvo 72,09 m., o 2005 m. siekė 71,25 m. Antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje – 2006 metais buvo 70,96 m., o 2008 – 71,69 m. Trečiojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje VGT rodiklis 2008 metais siekė 71,69 m., o 2012 metais – 73,98 m., o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje VGT 2013 metais buvo 74,02 m., o 2015 – 74,47 m.

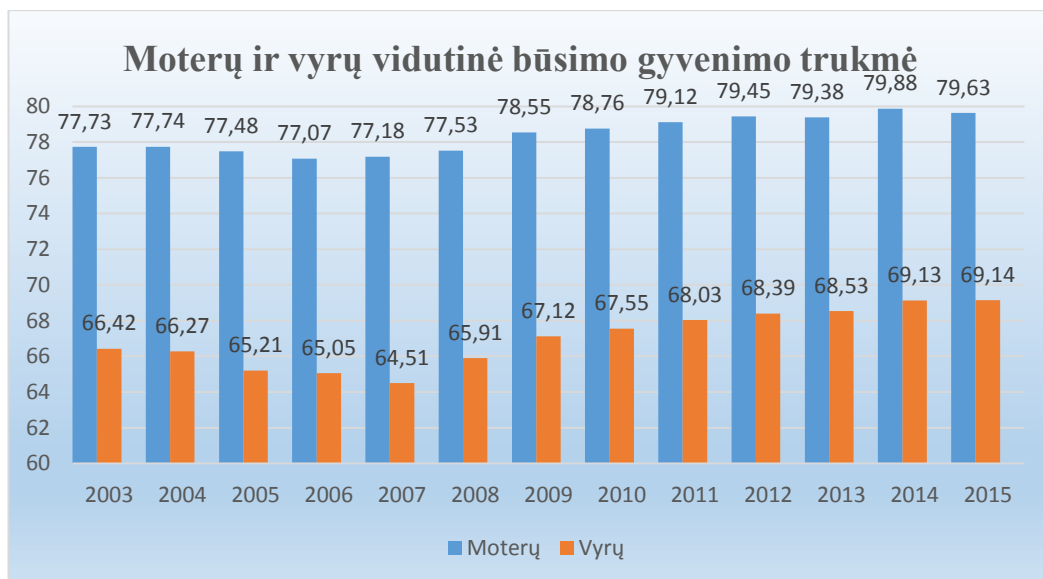


5 pav. Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamento duomenys (2016).

Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, galima teigti, kad pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje t. y. 2003–2005 m. VGT sutrumpėjo 0,84 metais. Antrojo restruktūrizacijos etapo ataskaitoje vienas iš vertinimo kriterijų yra vidutinės gyvenimo trukmės pailgėjimas. Šiame etape buvo numatyta, kad vidutinė gyvenimo trukmė pailgėtų ne mažiau kaip vienu mėnesiu kasmet. Šiuo laikotarpiu 2006–2008 m. VGT pailgėjo 9,84 mėn. Tai rodo, kad vienas antrojo restruktūrizacijos etapo vertinimo kriterijus buvo įgyvendintas. Tačiau pastebėtina, kad trečiojo restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo laikotarpyje 2009–2012 m. VGT pastoviai ilgėjo, t. y. per ketverius metus VGT prailgėjo 2,29 m. Vertinant vidutinę būsimo gyvenimo trukmės rodiklį matome, kad šis rodiklis nuo 2003 metų prastėjo ir tik nuo 2008 metų pradėjo gerėti.

Analizuojant vyrų ir moterų VGT rodiklį (žr. 6 pav.), Lietuvos statistikos departamento duomenimis matome, kad pirmojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2003 metais) vyrų VGT buvo 66,42 m., o moterų – 77,73 m. Antrojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2006 metais) VGT vyrų – 65,05 m., o moterų – 77,07 m. Trečiojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2009 metais) vyrų 67,12 m., o moterų – 78,55 m., o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2013 metais) vyrų – 68,53 m., o moterų – 79,38 m.

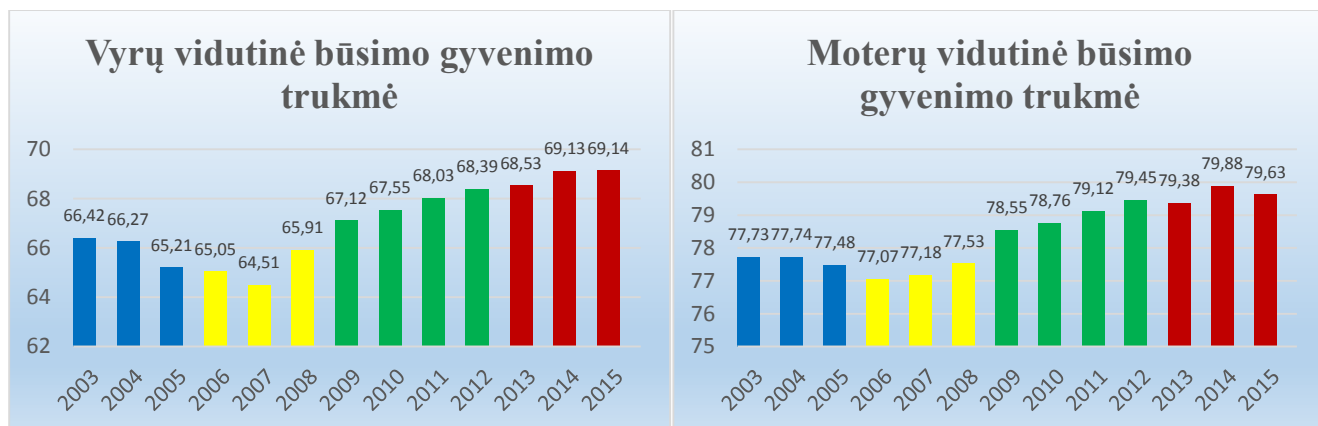


6 pav. Vyrų ir moterų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamento duomenys (2017).

Vertinant Lietuvos vyrų ir moterų vidutinę gyvenimo trukmę (žr. 7 pav.), pastebima kad pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) VGT mažėjo, t. y. vyrų sutrumpėjo 1,21 m., o moterų – 0,25 m. Antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2006–2008 m.) VGT stabilizavosi ir pradėjo ilgėti. Vyrų VGT pailgėjo 0,86 m., o tuo tarpu moterų VGT – 0,46 m. Trečiojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2009–2012 m.) VGT vyrų pailgėjo 1,73 m., o moterų 0,9 m. Ketvirtojo

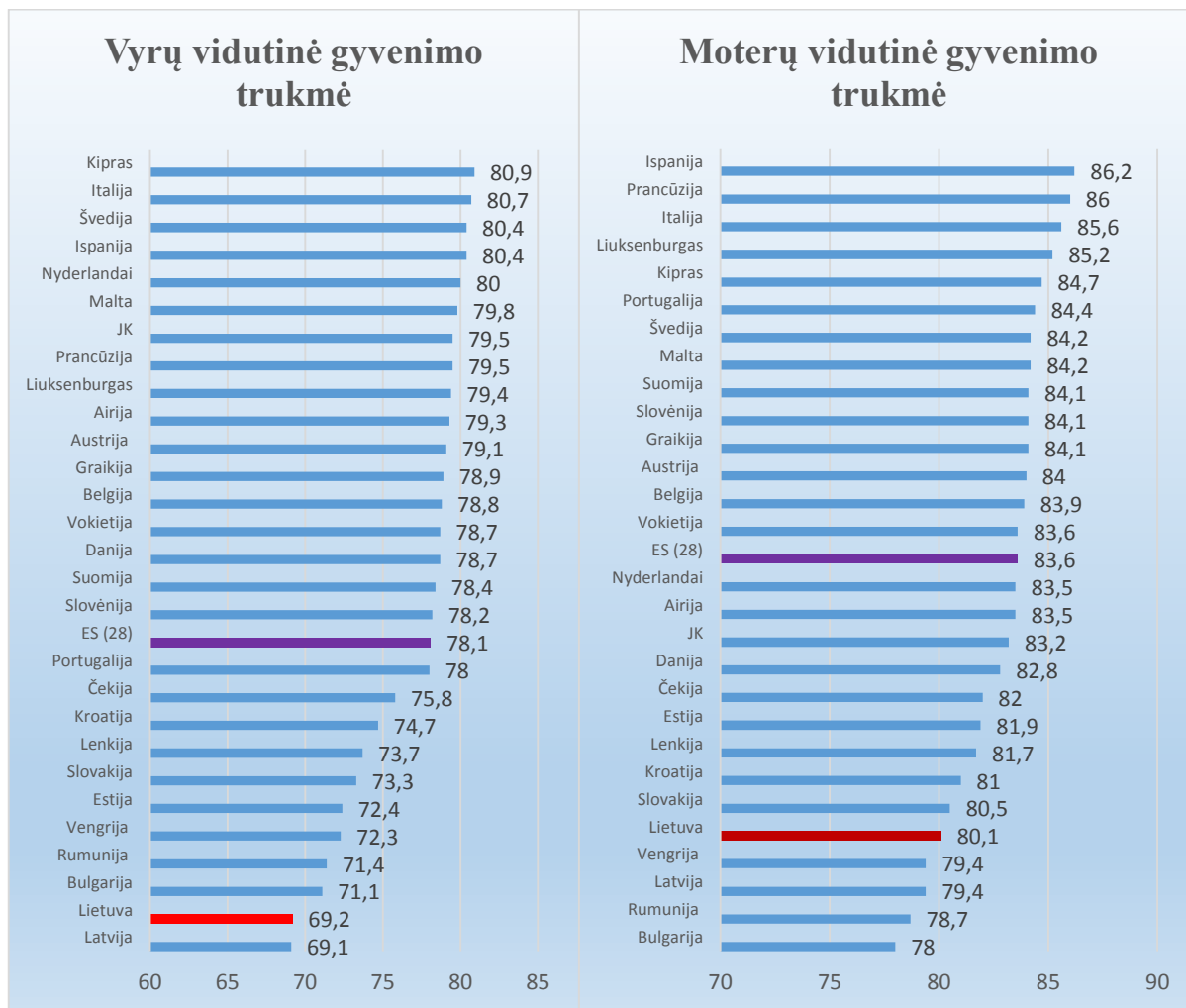
restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015 m.) VGT taip pat ilgėjo, vyrų – 0,61 m., o moterų – 0,25 m. Tačiau vis dar išlieka didelis skirtumas tarp vyrų ir moterų VGT.



7 pav. Vyrų ir moterų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamento duomenys (2017).

Kiekviena valstybė siekia, kad VGT ilgėtų. Tačiau tarp ES šalių 2014 m. Lietuvos ir Latvijos vyrų VGT buvo labai panaši ir trumpiausia ES šalyse, o moterų – viena iš trumpiausių (žr. 8 pav.). Lietuvos vyrų vidurkio reikšmė nuo ES šalių vidurkio atsilieka 9 metais, o moterų – 3,5 metais. Nors ES šalyse VGT ilgėja, tačiau vis dar išlieka dideli skirtumai tarp vyrų ir moterų VGT – 2014 m. ES šalių vidurkis buvo 5,5 m. Lietuvoje šis skirtumas buvo didžiausias tarp visų ES šalių – 10,9 m. Labiausiai tai lėmė mažas vyrų VGT rodiklis.



8 pav. Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė metais ES šalyse 2014 m.

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos statistikos duomenys (2017).

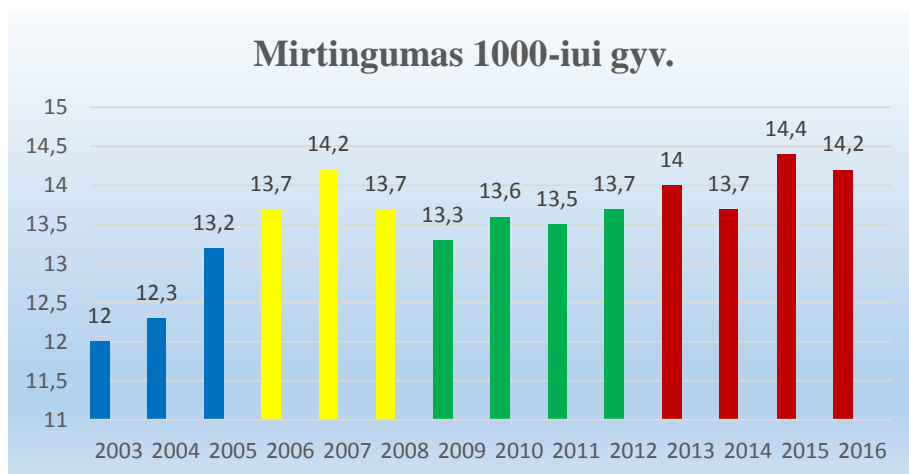
Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje (2014) siekiama, kad 2020 metais Lietuvos gyventojų VGT, lyginant su 2012 metais, padidėtų vidutiniškai 1,82 metais, o 2025 metais – 3,52 metais. Skirtumas tarp moterų ir vyrų vidutinės gyvenimo trukmės 2020 metais turėtų būti 1,6 metais, o 2025 metais – 3,1 metais mažesnis nei 2012 metais.

Įvertinus VGT rodiklius, galima teigti, kad per viso restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo metus vyrų VGT rodiklis pailgėjo 2,72 metais, o moterų per tą patį laikotarpį pailgėjo 1,9 metais. Tai rodo kad vyrų ir moterų VGT rodiklis ženkliai pailgėjo, o skirtumas 2015 m. tarp vyrų ir moterų VGT buvo 10,49 metai. Per paskutinį dešimtmetį VGT ilgėjo, tačiau vis dar išlieka dideli skirtumai tarp vyrų ir moterų VGT, bet vienas viso restruktūrizavimo etapo vertinimo kriterijus buvo įgyvendintas. Galima daryti išvadą, kad restruktūrizavimo įgyvendinti tikslai teigiamai įtakojo VGT rodiklį, o skiriant šiai problemai daugiau dėmesio, įmanoma pasiekti užsibrėžtą 2020 m. tikslą.

Antrasis analizuojamas gyventojų sveikatos rodiklis yra **mirtingumas** – vienas iš demografijos rodiklių, parodantis mirčių intensyvumo lygį. Bendrasis mirtingumo rodiklis sąlyginai pagal intensyvumo lygį yra skiriamas į mažą (mažiau 9), vidutinį (9–15) ir didelį (daugiau kaip 15 mirusiųjų

1000-iui gyventojų per metus) (Našlėnė, Ustinavičienė, Želvienė, 2010). Sveikata vertinama įvairiais rodikliais, tačiau mirtingumo statistika yra viena patikimiausiai parodanti esamą situaciją.

Analizuojant mirtingumo rodiklį (žr. 9 pav.), Lietuvos statistikos departamento duomenimis matome, kad pirmojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2003 metais) buvo 12/1000 gyventojų. Antrojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2006 metais) buvo 13,7/1000 gyventojų. Trečiojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2009 metais) – 13,3/1000 gyventojų. Ketvirtojo restruktūrizacijos etapo pradžioje (2013 metais) – 14/1000 gyventojų o 2016 metais – 14,2/1000 gyventojų.



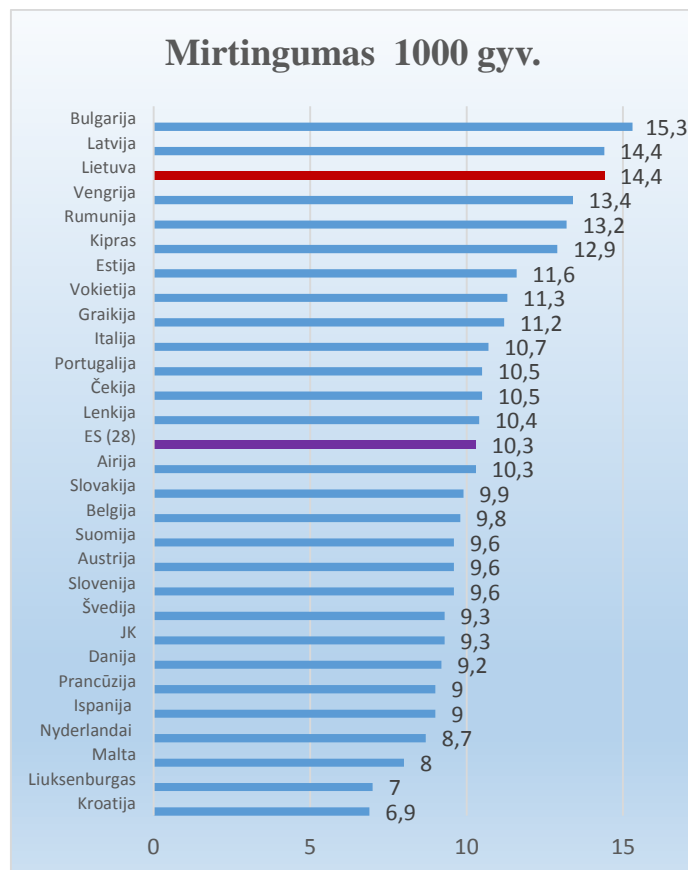
9 pav. Mirtingumas 1000–iui gyventojų Lietuvoje

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamento duomenys (2017).

Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, galima teigti, kad pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) šis rodiklis didėjo, antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2006–2008 m.) – 2007 metais pasiekė aukščiausią mirtingumo ribą – 14,1/1000 gyventojų, o 2008 metais nežymiai sumažėjo 13,7/1000 gyventojų. Trečiojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2009–2012 m.) vėl pradėjo didėti ir pasiekė 14/1000 gyventojų rodiklį. Ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015 m.) nežymiai mažėjo, o 2015 metais pasiekė didžiausią 14,4/1000 gyventojų rodiklį, tačiau 2016 metais vėl pradėjo mažėti.

Įvertinus mirtingumo rodiklių dinamiką, galima daryti išvadą, kad restruktūrizacijos įgyvendinti tikslai ir uždaviniai neigiamai įtakojo mirtingumo rodiklius per visą restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo laikotarpį, o rezultatyvumas nepakankamai buvo orientuotas į gyventojų sveikatos gerinimą, pacientų lūkesčių tenkinimą, paslaugų prieinamumą ir kokybės gerinimą. Sveikatą tiriantis ekspertai teigia, jog tai galėjo įtakoti populiacijos senėjimas, pacientų lūkesčių netenkinimas, prastas paslaugų prieinamumas, o R. Kalėdienės teigia (2010, p. 71), kad senėjant gyventojams, vis didesne problema tampa lėtinės ligos, daugėja neįgaliųjų žmonių, todėl mirtingumo rodikliai nepilnai atspindi realią gyventojų sveikatą, ir juo labiau, jų gyvenimo kokybę.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 10 pav.), 2015 metais ES kontekste mirtingumo rodiklis 1000–iui gyventojų svyravo nuo 6,9 iki 15,3 mirusiųjų. Didžiausias mirtingumo rodiklis 2015 metais buvo Baltijos šalyse (išskyrus Estiją), Rytų Europos šalyse ir kai kuriose Vidurio Europos šalyse. Lietuvoje 2015 metais 1000–iui gyventojų teko 14,4 mirusiųjų, tuo tarpu ES vidurkis buvo 1000–iui gyventojų/10,3 mirusiųjų. Šis rodiklis užėmė trečią vietą bendroje ES diagramoje.



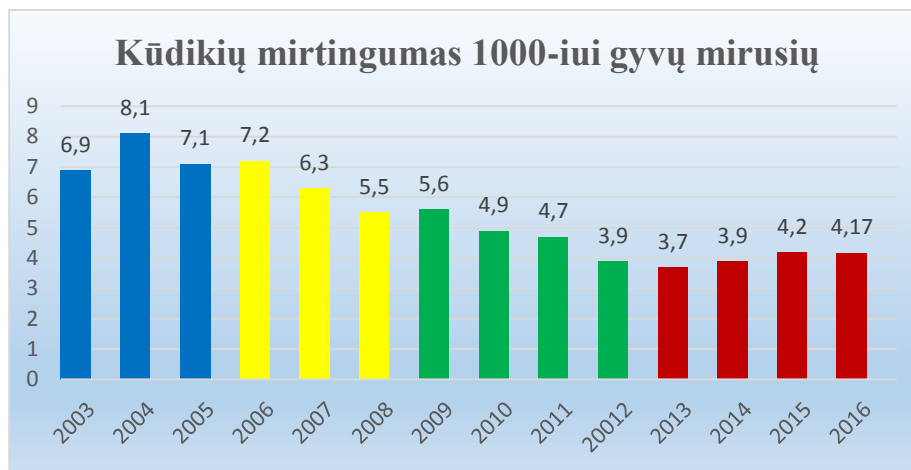
10 pav. Mirtingumas 1000–iui gyventojų ES šalyse 2015 m.

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos statistikos duomenys (2017).

Motinos ir vaiko sveikata yra valstybės sveikatos politikos prioritetas, kiekvieno gimstančio vaiko sveikata ir gyvybė yra didelė vertybė. Pasak R. Gurevičiaus (2014, p. 6) metiniame pranešime, vaikai reprezentuoja ateitį, gera sveikatos būklė vaikystėje užtikrina tolesnį sveiką augimą ir vystymąsi, o tai turi būti vienas iš didžiausių bet kurios visuomenės siekinių. **Kūdikių mirtingumas** yra dar vienas iš pagrindinių sveikatos rodiklių, kurį vertina sveikatos ekspertai. Pagal lygį kūdikių mirtingumas yra skiriamas į labai mažą iki 10, mažą iki 10–14, vidutinį iki 15–24, didelį iki 25–49 ir labai didelį iki 50 ir daugiau mirusiųjų 1000–iui gyvų gimusių. Kūdikių mirtingumas yra didžiausias pirmomis gyvenimo dienomis, ypač pirmąją savaitę, pirmąjį gyvenimo mėnesį, todėl atskirai yra skaičiuojami kūdikių mirtingumo rodikliai pagal amžių. Pagrindinės kūdikių mirtingumo priežastys yra nelaimingi atsitikimai

ir infekcijos. Kūdikių mirtingumo rodiklis koreliuoja su socialiniais veiksniais, taip pat padeda įvertinti medicininės priežiūros ir prevencijos kokybę (Našlėnė, Ustinavičienė, Želvienė, 2016, p. 35).

Analizuojant kūdikių mirtingumo rodiklį (žr.11 pav.), Lietuvos statistikos departamento duomenimis matome, kad kūdikių mirtingumas visoje Lietuvoje sumažėjo daugiau negu 2 kartus – nuo 8,1/1000 gyvų gimusių 2004 metais iki 3,9/1000 gyvų gimusių 2013 metais, o vėliau pradėjo nežymiai didėti.

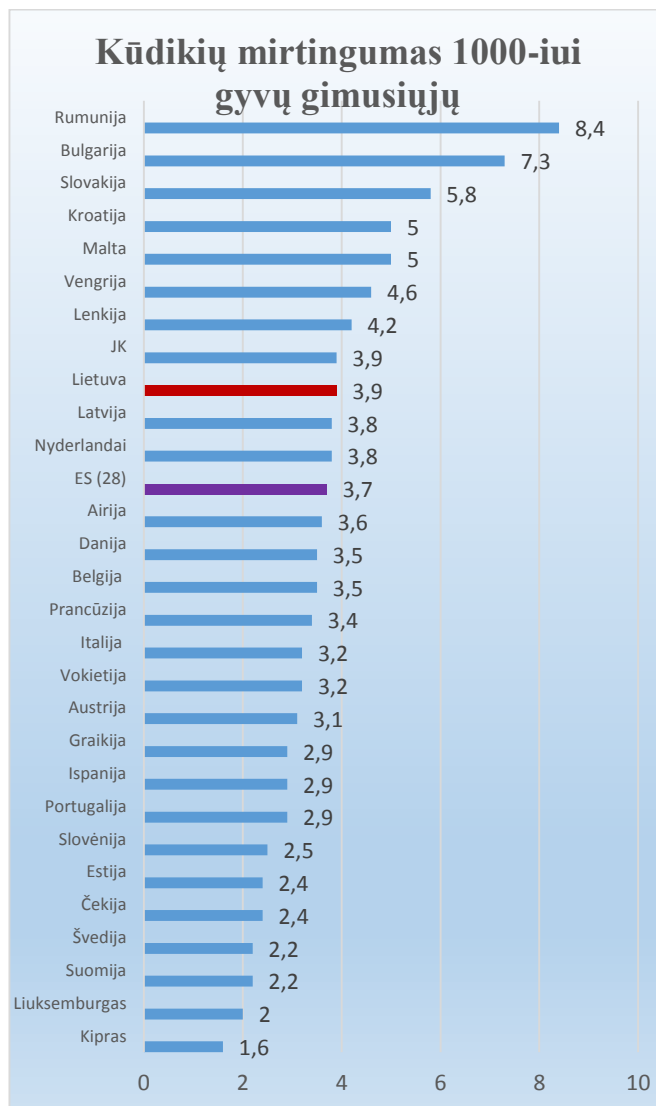


11 pav. Kūdikių mirtingumas 1000–iai gyvų gimusiųjų

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamento duomenys (2017).

Išanalizavus kūdikių mirtingumo rodiklių dinamiką, galima daryti išvadą, kad restruktūrizacijos rezultatai teigiamai įtakojo kūdikių mirtingumo rodiklį, taip pat galima teikti, kad sėkmingai įgyvendintas dar vienas Lietuvos Sveikatos programoje numatytų tikslų.

Analizuojant kūdikių mirtingumą ES šalyse, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 12 pav.), 2014 m. šis rodiklis svyravo nuo 1,6 iki 8,4/1000 gyvų gimusiųjų. Lietuvoje kūdikių mirtingumo rodiklis buvo 3,9/1000 gyvų gimusiųjų, t. y. šiek tiek didesnis nei ES vidurkis (3,7/1000 gyvų gimusiųjų), tačiau šis rodiklis net 19-oje šalių buvo mažesnis ir tik 7-iose didesnis, nei Lietuvoje.



12 pav. Kūdikių mirtingumas 1000–iui gyvų gimusiųjų ES šalyse 2014 m.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Išvengiamas mirtingumas, kaip teigia R. Gurevičius ir S. Mekšriūnaitė (2013, p. 31) – tai mirtingumas nuo ligų, kurias sąlygoja nesamos ar neveiksmingos prevencinės priemonės, ne laiku atlikta diagnostika ar neadekvatus gydymas. Išvengiamos mirties priežastys, kurių galima išvengti anksti diagnozavus ir pritaikius efektyvų gydymą, pavyzdžiui, gimdos kaklelio vėžys, tuberkuliozė, kepenų cirozės, sukeltos traumos susijusios su transporto įvykiais it t. t.

Remiantis mirties atvejų ir jų priežasčių Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 3 lent.) Lietuvoje galima buvo išvengti ligų (ligos yra vienos iš ligų, sudarančių išvengiamą mirtingumą nuo pagydomų ligų).

3 lentelė. Mirusiųjų skaičius nuo išvengiamų mirties priežasčių

| Mirties priežastys | Amžių grupė | 2014 | 2015 |
|---|-------------|------|------|
| Tuberkuliozė | 5-64 | 147 | 133 |
| Gimdos kaklelio piktybiniai navikai (moterys) | 15-64 | 102 | 116 |
| Lėtinės reumatinės širdies ligos | 5-44 | 3 | 2 |
| Kvėpavimo sistemos ligos | 1-14 | - | 3 |
| Hipertenzinės ligos ir smegenų kraujagyslių ligos | 35-64 | 700 | 675 |
| Trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai | 5-64 | 483 | 485 |
| Kepenų cirozė | 15-64 | 605 | 594 |
| Traumos susijusios su transporto įvykiais | 5-64 | 235 | 193 |

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos statistikos duomenys (2017).

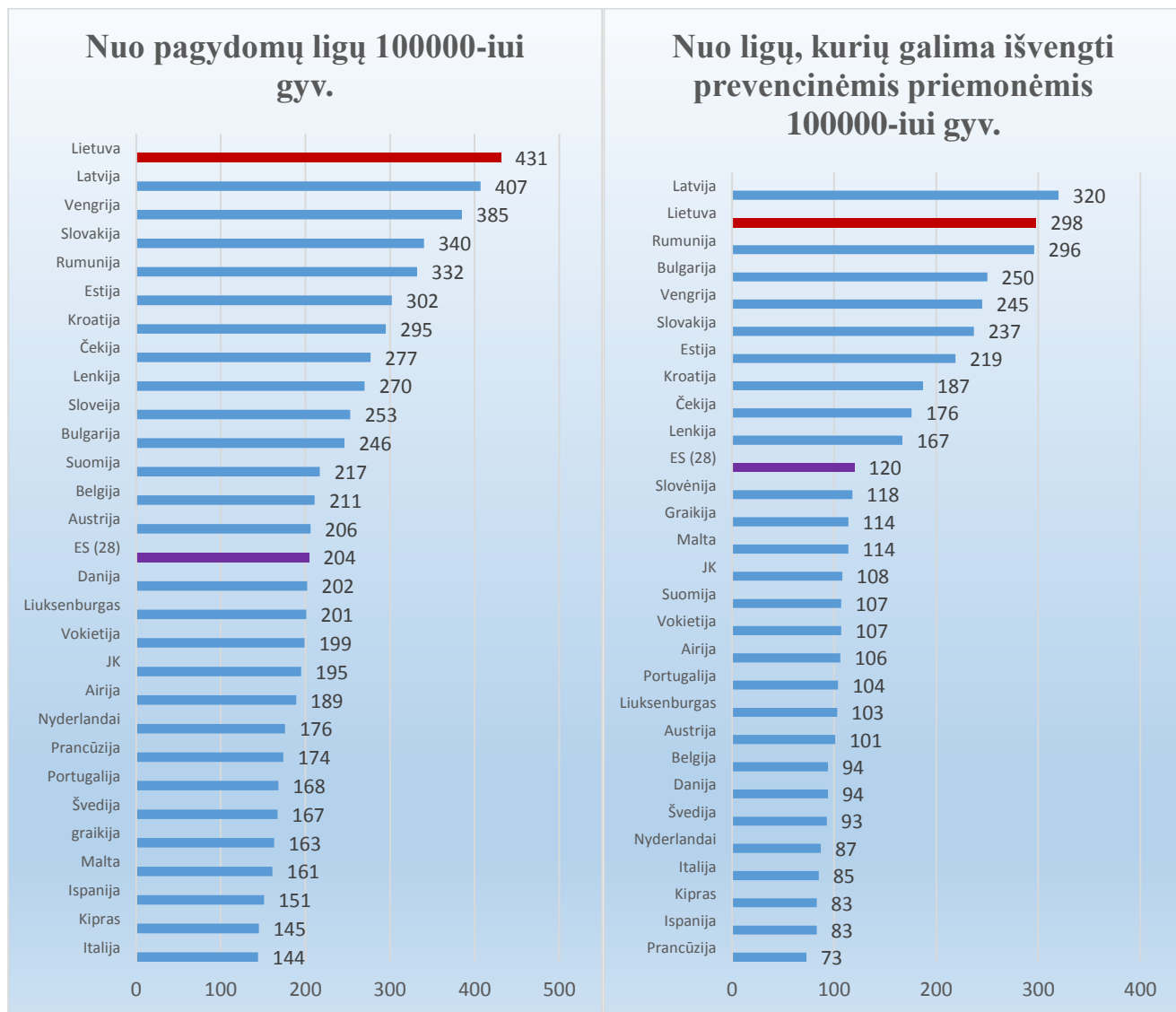
Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse išvengiamo mirtingumo rodikliai per tris metus sumažėjo (žr. 4 lent.), tačiau išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų rodiklis lyginant su ES vidurkiu Lietuvoje yra didesnis daugiau kaip 2 kartus, o ligų kurių galima išvengti prevencinėmis priemonėmis yra 2,5 karto didesnis.

4 lentelė. Išvengiamas mirtingumas 100000 gyventojų Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2011–2013 metais.

| Šalis/rodiklis | Išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų 100000 gyv. | | | Išvengiamas mirtingumas nuo ligų, kurių galima buvo išvengti prevencinėmis priemonėmis 100000 gyv. | | |
|--------------------|---|-------|-------|--|-------|-------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Lietuva | 313,9 | 306,7 | 297,7 | 452,5 | 440,7 | 431,3 |
| Latvija | 337,5 | 324,7 | 320,4 | 416,3 | 410,9 | 407,1 |
| Estija | 231,6 | 229,2 | 218,5 | 324,5 | 331,5 | 301,7 |
| Lenkija | 179,1 | 174,5 | 166,8 | 278,1 | 277,3 | 270,1 |
| ES vidurkis | 125,2 | 122,9 | 119,5 | 210 | 207,1 | 204,1 |

Šaltinis: Eurostat duomenys (2016).

2013 metais Lietuvoje, Eurostat (2016) duomenimis (žr. 13 pav.), išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų buvo didžiausias ES šalyse ir 2 kartus viršijo ES vidurkį. Išvengiamas mirtingumas nuo ligų, kurių galima buvo išvengti prevencinėmis priemonėmis – 2,5 karto didesnis už ES šalių vidurkį.



13 pav. Išvengiamas mirtingumas 100000–iui gyv. ES šalyse 2013 m.

Šaltinis: Eurostat duomenys (2016).

Iš Lietuvos sveikatos išvengiamo mirtingumo rodiklių reikšmių pokyčių, galima daryti išvadą, kad stacionarinė sveikatos priežiūra pagerėjo, tačiau pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, lyginant su ES šalimis, dar atsilieka savo kokybe.

Apibendrinant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatus, galima teikti, kad pirmasis sveikatos priežiūros ir įstaigų restruktūrizavimo etapas buvo kokybiškiausias, per kurį įgyvendinta daugiausia užsibrėžtų uždavinių. Tačiau antrasis restruktūrizacijos etapas buvo ne toks intensyvus. Per šį laikotarpį pailgėjo vidutinė gyvenimo trukmė, pagerėjo kūdikių mirtingumo rodikliai. Tačiau vertinant pirmojo ir antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatus, galima daryti išvadą, kad vykdoma sveikatos reforma teigiamai įtakojo gyventojų sveikatą.

Įvertinus trečiąjį sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapą, galima teigti, kad vertinant gyventojų sveikatos rodiklius, vidutinė gyvenimo trukmės rodiklis ženkliai pailgėjo, kūdikių mirtingumo rodiklis sparčiai gerėjo, tačiau bendro mirtingumo rodiklis vis dar didėjo ir tai kėlė

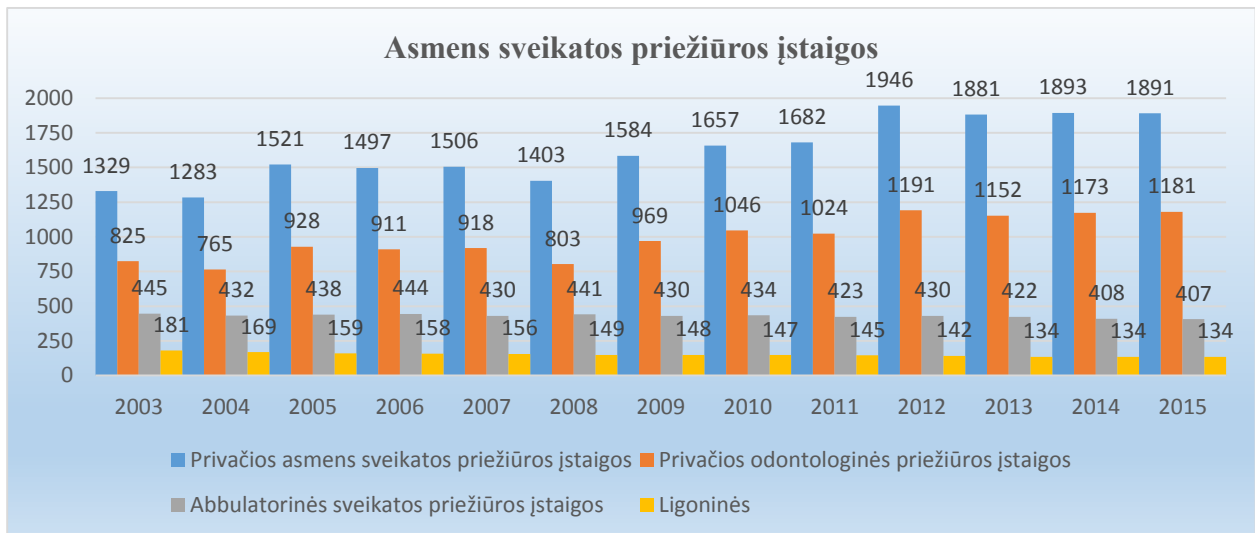
susirūpinimą. Todėl galima daryti išvadą, kad šio etapo rezultatai nepakankamai buvo orientuoti į gyventojų sveikatos gerinimą.

Apibendrinant, šiuo metu įgyvendinamo ketvirtojo restruktūrizavimo etapo rezultatus, galima teikti, kad vertinant vidutinę gyvenimo trukmę, ji per ketvirtojo restruktūrizacijos įgyvendinimo metus nežymiai padidėjo ir šiek tiek sumažėjo skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės. Mirtingumo rodikliai rodo, kad restruktūrizacijos rezultatai nepakankamai buvo orientuoti į gyventojų sveikatos gerinimą. Kūdikių mirtingumo rodiklis gerėjo. Todėl galima daryti išvadą, kad ketvirtojo restruktūrizacijos etapo metu nepakankamai dėmesio buvo skiriama medicininei priežiūrai.

3.2.2. Su sveikatos priežiūra susiję vertinimo rezultatai

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos užtikrina būtinąją medicinos pagalbą ir teikia planines sveikatos priežiūros paslaugas. Jos yra viešos ir privačios. Asmenys, prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kuri yra sudariusi sutartį su ligonių kasa, gauna visas valstybės laiduojamas (nemokamas) asmens sveikatos priežiūros paslaugas (Sveikatos apsaugos ministerija, 2017). Sveikatos apsaugos ministerija vykdo asmens sveikatos įstaigų tinklo restruktūrizavimą, kurio tikslas – užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių patenkinimą, pagerinti aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą.

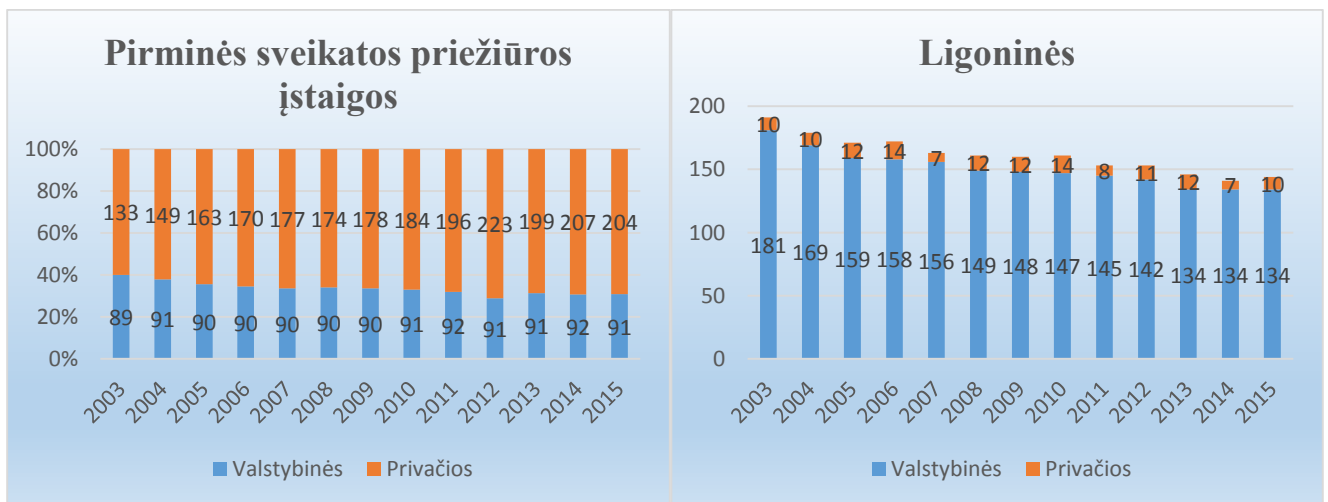
Analizuojant asmens sveikatos priežiūros įstaigų rodiklius (žr. 14 pav.), Lietuvos statistikos departamento duomenimis matome, kad pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (įskaitant privačias odontologines priežiūros įstaigas) padidėjo 192, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 7, o ligoninių sumažėjo 22 juridiniais vienetais. Antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2006–2008 m.) privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 94, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 3, o ligoninių sumažėjo 9 juridiniais vienetais. Trečiojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2009–2012 m.) privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų padidėjo 362, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 11, o ligoninių sumažėjo 7 juridiniais vienetais. Ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015 m.) privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų padidėjo 10, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 15 juridiniais vienetais, o ligoninių skaičius liko nepakitęs.



14 pav. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2003–2014 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys (2017).

Lietuvos statistikos departamento duomenimis (žr. 15 pav.), 2003–2015 metais Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, ir ligoninių skaičius kasmet kito. Viso restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2015 m.) tiek valstybinių, tiek privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų didėjo, valstybinių padidėjo 2, privačių – 71 juridiniu vienetu.



15 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų dinamika 2003–2015 m.

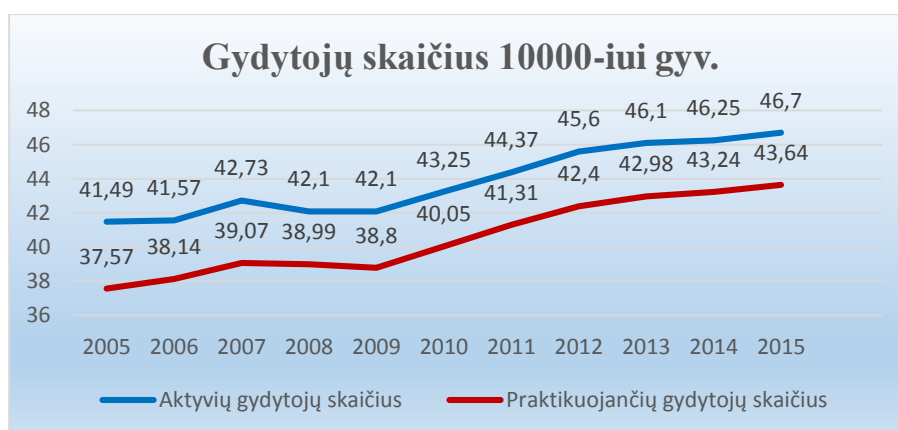
Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys (2017).

Išanalizavus asmens sveikatos priežiūros įstaigų rezultatus, galima teigti, kad per viso restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo metus (2003–2015 m.) privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (įskaitant privačias odontologines priežiūros įstaigas) padidėjo 562, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 38, ligoninių sumažėjo 47, o privačių ligoninių skaičius – išliko toks pats –

10 juridinių vienetų, nors per visą laikotarpį ir kito nuo 10 iki 14 juridinių vienetų. Todėl įvertinus restruktūrizacijos rezultatus galima daryti išvadą, kad pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos nuostatas sudarius privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms tokias pat veiklos sąlygas kaip valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms, privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų padidėjo, ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų ir ligoninių sumažėjo, tai rodo, kad vienas pirmojo restruktūrizacijos etapo vertinimo kriterijus buvo įgyvendintas.

Gydytojas – asmuo, turintis medicinos (gydytojo) išsilavinimą, teikiantis sveikatos priežiūros paslaugas. Į gydytojų skaičių neįtraukiami odontologai. Kaip teigia L. Starkienė (2012, p. 102), kad sveikatos priežiūros specialistai, yra neatsiejama sveikatos priežiūros sistemos dalis. Jie skatina rūpintis sveikata, užkerta kelią susirgimams, susirgus teikia gydymo paslaugas. Nuo to ar šalyje yra pakankamas gydytojų skaičius ar užtikrinamas reikiamo jų skaičiaus rengimas, didžiąja dalimi priklauso sveikatos sistemos funkcionavimas. Sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus planavimas yra svarbus instrumentas, nustatant efektyvias priemones, padedančias esant šių specialistų trūkumui ar pertekliui. Aktyvus gydytojai – specialistai dirbantys pagal savo profesiją sveikatos priežiūros srityje, o praktikuojantys gydytojai – specialistai, dirbantys klinikinį darbą su pacientais.

Analizuojant gydytojų rodiklių pokyčius, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 16 pav.), matome, kad aktyvių gydytojų skaičius, tenkantis 10000–iui gyventojų 2005 metais buvo 41,49/10000 gyventojų, o 2009 metais – 42,1/10000gyventojų, t. y. rodiklis išliko beveik pastovus, o vėliau nežymiai didėjo ir 2015 metais siekė 46,7/10000 gyventojų. O praktikuojančių gydytojų skaičius taip pat kito labai nežymiai. 2005 metais buvo 37,57/10000 gyventojų, 2009 – 38,8/10000gyventojų, o 2015 metais – 43,64/10000 gyventojų.

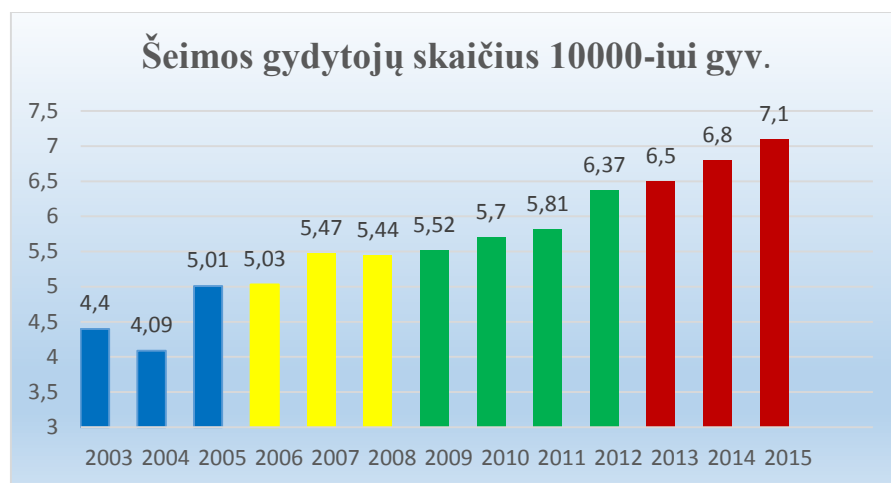


16 pav. Aktyvių ir praktikuojančių gydytojų skaičius 10000–iui gyventojų.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Analizuojant šeimos gydytojų rodiklių pokyčius Lietuvoje, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 17 pav.), matome, kad šeimos gydytojų skaičius didėjo. 2003

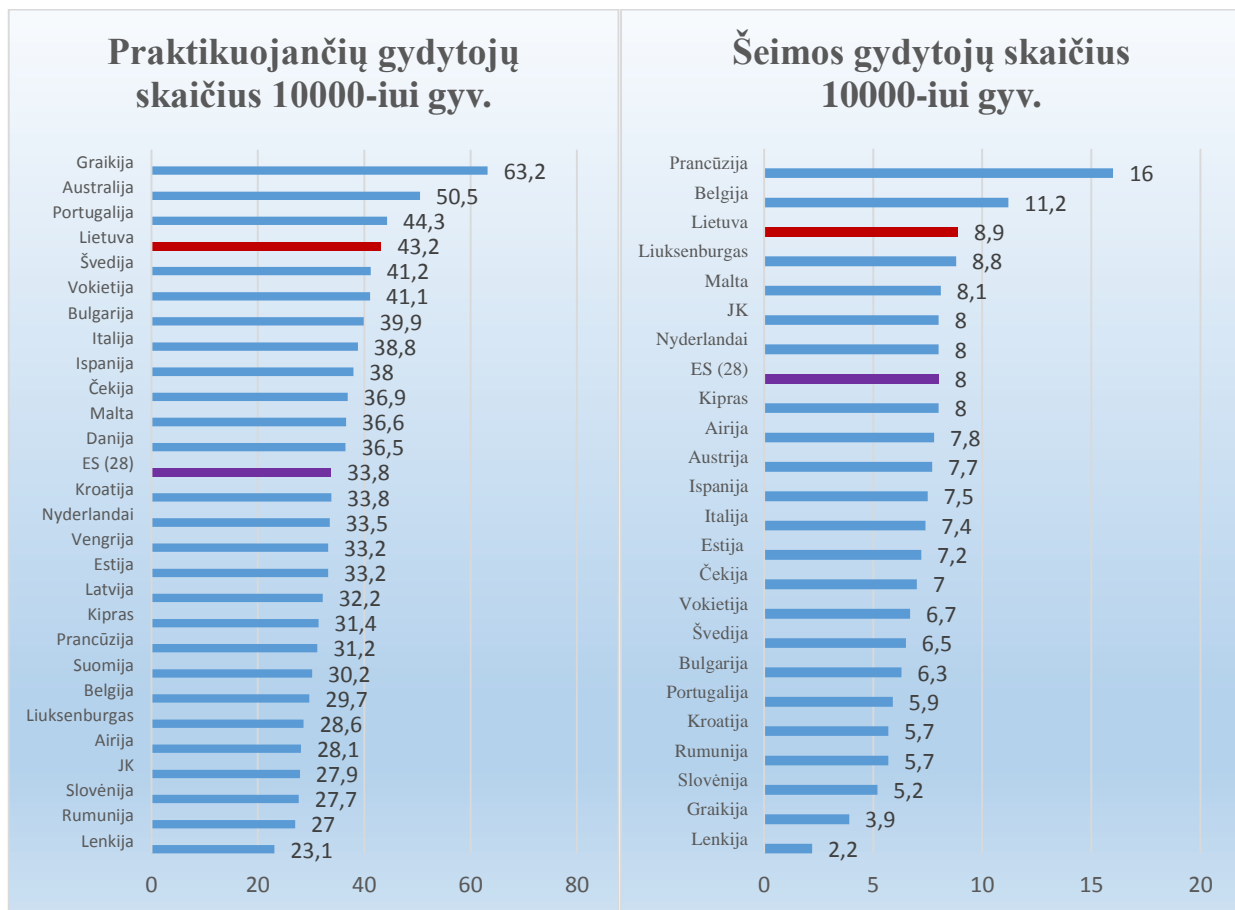
metais buvo 4,4/10000 gyv., 2006 metais – 5,03/10000 gyv., 2009 metais – 5,52/10000 gyv., 2013 metais – 6,5/10000 gyv., o 2015 metais – 7,1/10000gyv.



17 pav. Šeimų gydytojų skaičius 1000–iui gyventojų.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Lyginant Lietuvoje praktikuojančių gydytojų ir šeimos gydytojų skaičių su ES šalimis, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 18 pav.), 2014 m. tiek praktikuojantys, tiek šeimos gydytojai buvo trečioje vietoje pagal gydytojų skaičių, tenkanti 10000 gyv. Praktikuojančių gydytojų rodiklis ES kontekstu svyravo nuo 23,1/10000gyv. iki 63,2/10000 gyv. Šiuo aspektu Lietuva ne daug atsiliko nuo pirmaujančių šalių, Lietuvoje vidutinis praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10000 gyventojų, buvo 43,2 o tuo tarpu ES šalių vidurkis buvo žymiai mažesnis ir siekė tik 33,8/10000 gyv. Šeimų gydytojų rodiklis svyravo nuo 2,2/10000 gyv. iki 16/10000 gyv. Lietuvoje šeimos gydytojų 10000 gyventojų teko 8,9 gydytojai, o ES vidurkis buvo 8/10000 gyv.



18 pav. Gydytojų skaičius 10000–iai gyv. ES šalyse 2014 m.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

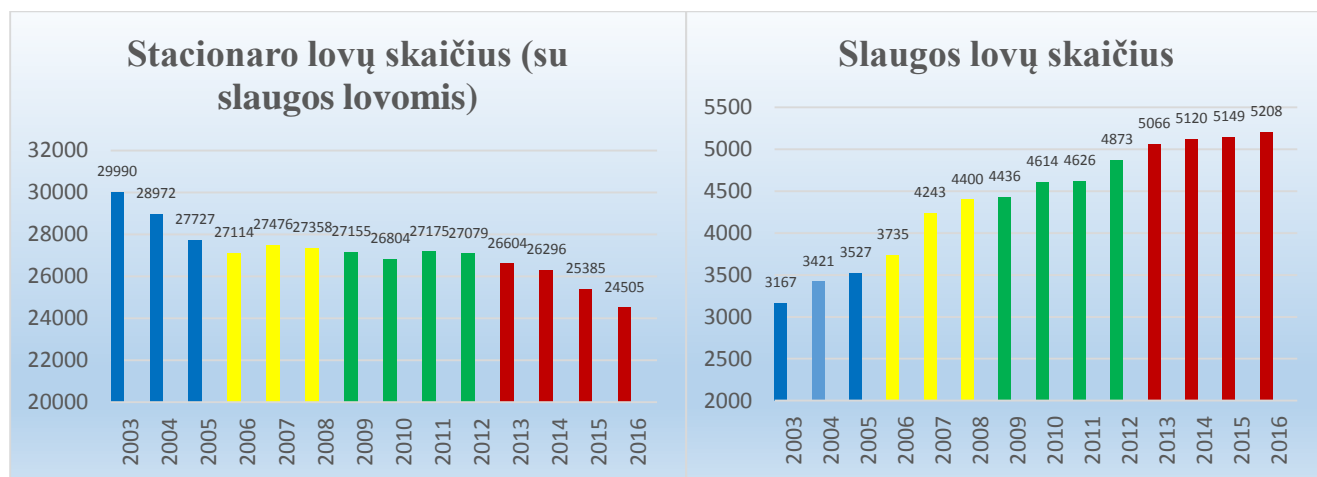
Įvertinus gydytojų skaičius 10000 gyventojų rezultatus, galima teigti, kad Lietuvoje per restruktūrizacijos laikotarpį (2003–2015), aktyvių gydytojų skaičius padidėjo 5,21/10000gyv, o praktikuojančių – 6,07/10000 gyv. Šeimos gydytojų skaičius tendencingai daugėjo. Per šį laikotarpį šeimos gydytojų padaugėjo 2,71/10000 gyv. Todėl galima daryti išvadą, kad restruktūrizacijos rezultatai, kurios įtakojo šeimos gydytojų plėtrą, dar nėra pasiekusi reikiamos svarbos pacientų diagnostikos ir gydymo procese, nors šis kriterijus ir buvo įgyvendintas.

Pagrindinės problemos, kurias įvardija Sveikatos apsaugos ministerija – **aktyvaus gydymo lovų** perteklius ypač rajonuose, kur gyventojų skaičius yra nedidelis. Vienas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos uždavinių yra nenaudojamas stacionaro lovų skaičiaus sumažinimas ir jų panaudojimas paslaugoms, kurių trūksta kaip slaugai, ilgalaikiam gydymui, geriatrijai, poliatyviajai pagalbai teikti.

Analizuojant stacionaro lovų skaičiaus dinamika viso restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2015 m.), Higienos instituto duomenimis Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 13 pav.), galime teigti, kad stacionaro lovų skaičius mažėja. Pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) ligoninėse lovų sumažėjo 2876 lovomis, antrojo (2006–2008 m.) ir trečiojo (2009–2012 m.)

restruktūrizacijos etapo laikotarpiuose – šis rodiklis liko stabilus, o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015m.) – sumažėjo 2099 lovomis.

Slaugos lovų skaičius, Higienos instituto duomenimis Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 19 pav.), kaip matome, didėja. Pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) slaugos lovų padidėjo 568 lovomis, antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2006–2008 m.) jų padidėjo 701 lova, trečiojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2009–2012 m.) padidėjo 630 lovų, o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015m.) taip pat padidėjo 142 lovomis.

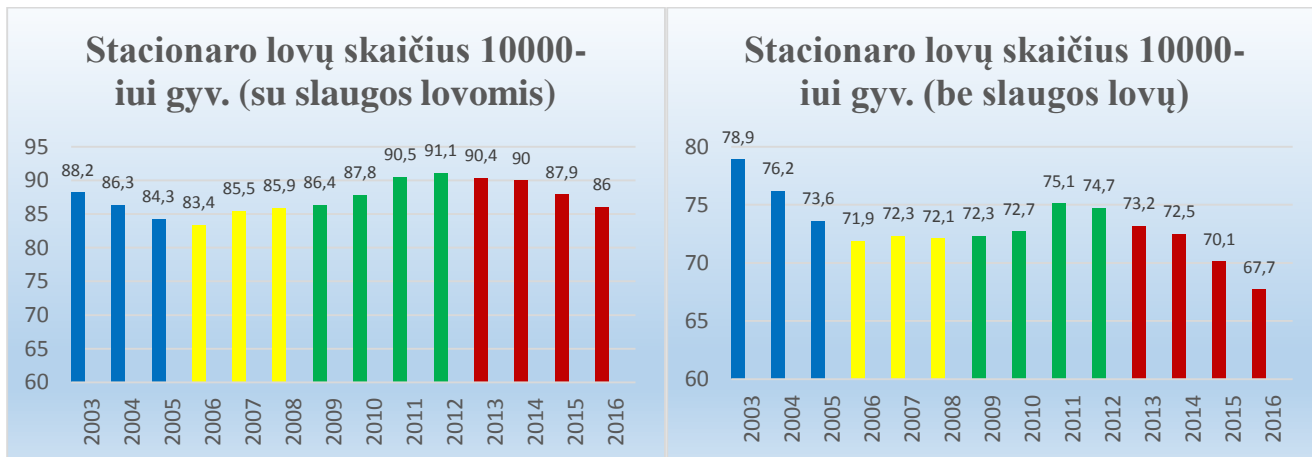


19 pav. Lovų skaičius.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Analizuojant Lietuvoje stacionaro lovų skaičių tenkanti 10000 gyventojų, Higienos instituto duomenimis Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 20 pav.), galime teigti, kad viso restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2015 m.), stacionaro lovų skaičius kito netolygiai. Stacionaro lovų skaičius (su slaugos lovomis) pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) sumažėjo 3,9 lovomis, antrojo (2006–2008 m.) restruktūrizacijos etapo laikotarpyje didėjo – 2,5 lovomis, trečiojo (2009–2012 m.) restruktūrizacijos etapo laikotarpyje didėjo – 4,7 lovomis, o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015m.) – sumažėjo 4,4 lovomis.

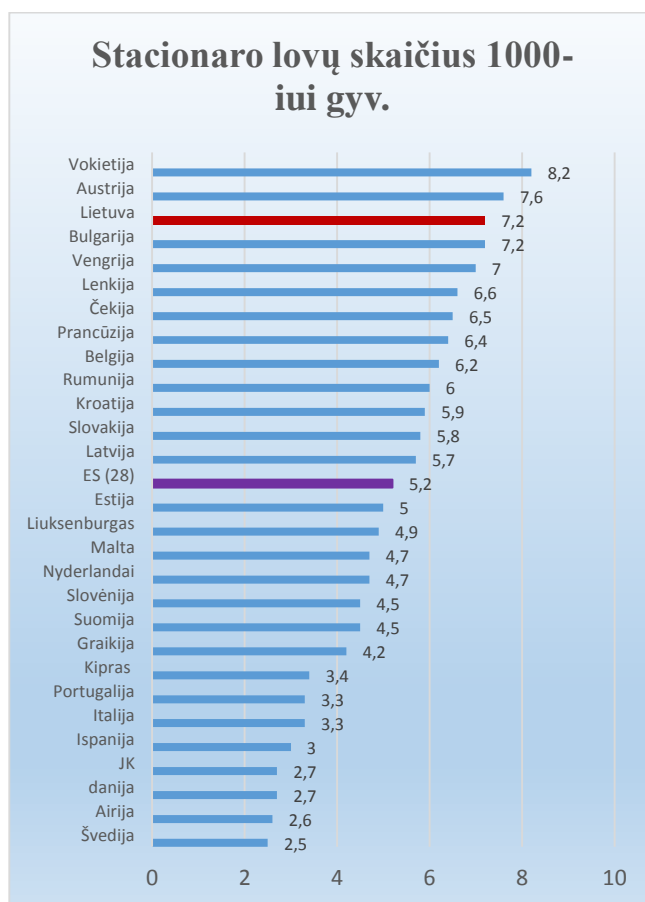
Stacionaro lovų skaičius (be slaugos lovų) pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) sumažėjo 5,3 lovomis, antrojo (2006–2008 m.) restruktūrizacijos etapo laikotarpyje liko nepakitusi, trečiojo (2009–2012 m.) restruktūrizacijos etapo laikotarpyje didėjo – 2,4 lovomis, o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015m.) – sumažėjo 5,5 lovomis.



20 pav. Stacionaro lovų skaičius 10000–iui gyventojų.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Lyginant Lietuvos ir ES šalių stacionaro lovų skaičius rodiklį Eurostato (2016 m.) duomenimis (žr. 21 pav.), 2014 metais stacionaro lovų skaičius ES kontekste svyravo nuo 2,5/1000 gyv. iki 8,2/1000 gyv. Lietuvoje 1000 gyv. teko 7,2 stacionaro lovos, tuo tarpu ES vidurkis buvo 5,2/1000 gyv. Galima teigti, kad Lietuvoje yra per daug stacionaro lovų, nes tai yra 38% daugiau už ES vidurkį, pagal šį rodiklį Lietuva užima 3 vietą tarp 28 ES valstybių. Daugumoje ES šalių, siekiant padidinti lovos užimtumo rodiklį, stacionaro lovų skaičių siekiama sumažinti (Eurostat 2016).



21 pav. Stacionarų lovų skaičius 1000–iui gyv. ES šalyse 2014 m.

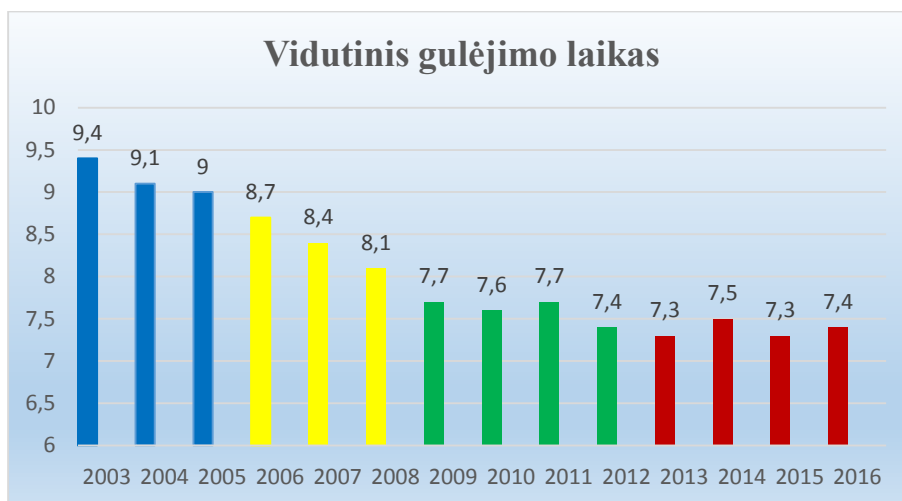
Šaltinis: Eurostat duomenys (2016).

Ketvirtojo restruktūrizacijos etapo siekiamybė buvo stacionaro lovų skaičiaus sumažinimas. Todėl įvertinus šiuos rezultatus, galima teigti, kad Lietuvoje per visą restruktūrizacijos laikotarpį (2003–2015 m.) stacionaro lovų skaičius tendencingai mažėjo. Per šį laikotarpį stacionaro lovų skaičius sumažėjo 5485 lovomis, o slaugos lovų skaičius padidėjo 2959 lovomis. Stacionaro lovų skaičius 10000 gyventojų (su slaugos lovomis) sumažėjo 2,2 dienomis, šis skaičius pakito labai nežymiai, kadangi vienas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos uždavinių yra nenaudojamas stacionaro lovų skaičiaus sumažinimas ir panaudojimas slaugos lovoms, o stacionaro lovų skaičius 10000 gyventojų (be slaugos lovų) sumažėjo 11,2 dienomis. Todėl galima daryti išvadą, kad dar vienas restruktūrizacijos uždavinių buvo nepakankamai įgyvendintas.

Vidutinis gulėjimo laikas (dienomis) – tai vidutinis dienų skaičius, kurias ligoniai gulėjo ligoninėje. Šis rodiklis dažnai naudojamas ligonių efektyvumui vertinti. Trumpesnis gulėjimo laikas padėtų sumažinti stacionaro išlaidas, nes stacionare ligonį išlaikyti yra brangiau nei suteikti reabilitacinį gydymą, tačiau per trumpas gulėjimo laikas gali turėti įtakos sveikatos pokyčiams.

Analizuojant Lietuvoje vidutinį gulėjimo laiką (be slaugos lovų) viso restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2015 m.), Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 22 pav.), galime teigti, kad šis rodiklis mažėjo. Pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.)

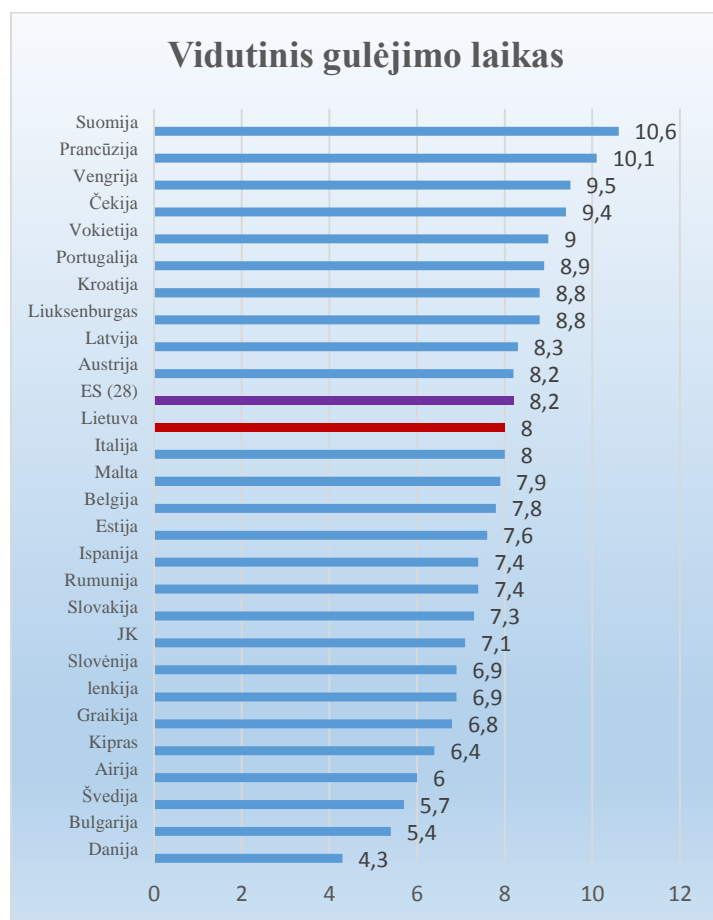
sumažėjo 0,7 dienomis, antrojo (2006–2008 m.) restruktūrizacijos etapo laikotarpyje sumažėjo 1 diena, trečiojo (2009–2012 m.) restruktūrizacijos etapo laikotarpyje taip pat sumažėjo 0,3 dienomis, o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2016 m.) – padidėjo 0,1 diena.



22 pav. Vidutinis gulėjimo laikas (be slaugos lovų) Lietuvoje .

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Analizuojant Lietuvos vidutinį gulėjimo laiką su ES šalių vidurkiu, Eurostato (2016 m.) duomenimis (žr. 23 pav.), 2014 metais ES šalyse šis rodiklis svyravo nuo 4,3 dienos iki 10,6 dienos. Lietuvoje vidutinis gulėjimo laikas buvo apie 8 dienas, o ES šalių vidurkis – 8,2 dienos.

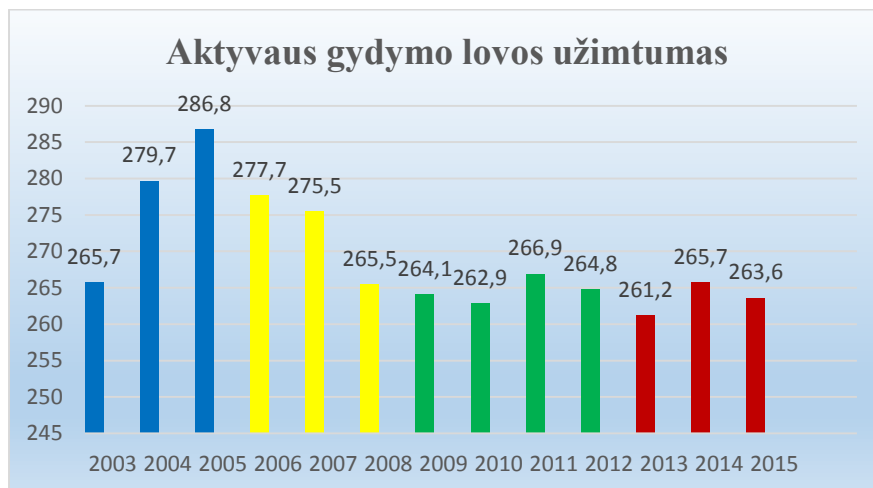


23 pav. Vidutinis gulėjimo laikas ES šalyse 2014 m.

Šaltinis: Eurostat duomenys (2016).

Kadangi Sveikatos priežiūros strategijoje buvo numatyta mažinti vidutinį gulėjimo laiko rodiklį. Tai įvertinus vidutinio gulėjimo laiko rezultatus, galima teigti, kad per viso restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo metus (2003–2016 m.) šis rodiklis sumažėjo 2 dienomis. Kadangi vienas iš pirmojo restruktūrizacijos tikslo buvo sumažinti vidutinę gulėjimo ligoninėje trukmę iki 8 dienų, todėl galima teikti, kad vidutinis gulėjimo laiko vertinimo kriterijus buvo įgyvendintas.

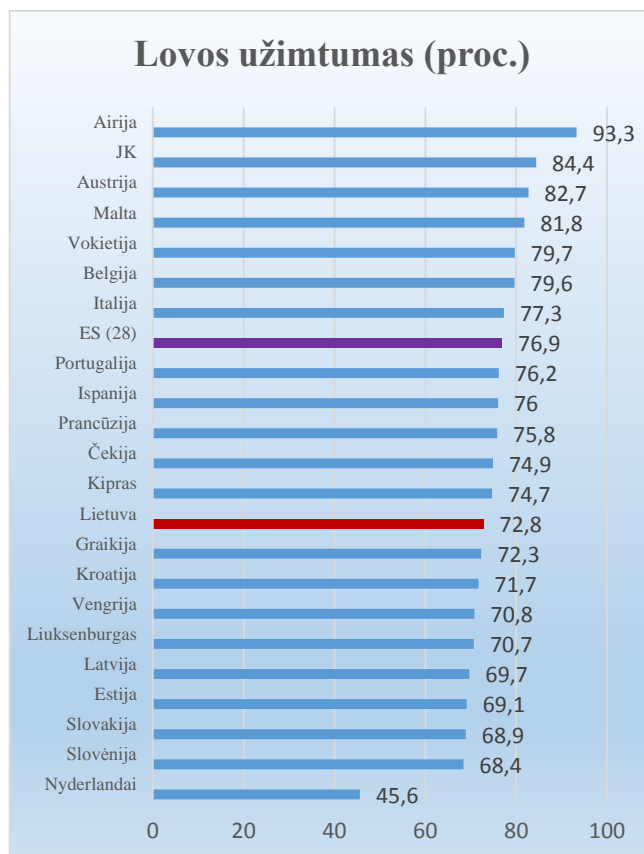
Aktyvaus gydymo lovos užimtumas (be slaugos, reabilitacijos, psichiatrijos, tuberkuliozės lovų) parodo, kiek vidutiniškai dienų per metus lova buvo užimta ligonių aktyviam gydymui. Analizuojant Lietuvoje aktyvaus gydymo lovos užimtumo rodiklio dinamiką viso restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2015 m.), Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (žr. 24 pav.), galime teigti, kad šis rodiklis kito netolygiai. Šis rodiklis 2003 metais buvo 265,7 dienos/per metus, 2005 metais šis rodiklis buvo didžiausias ir siekė 286,8 d./per metus, tačiau vėliau nežymiai mažėjo ir 2009 metais – 264,1 d./per metus, 2013 metais – 261,2 d./per metus.



24 pav. Aktyvaus gydymo lovos užimtumo rodiklis Lietuvoje .

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Analizuojant aktyvaus gydymo lovų užimtumo rodiklį ES kontekste, Higienos instituto duomenimis (žr. 25 pav.), Lietuvoje 2014 metais lovos buvo užimtose 72,8%, kai ES šalių vidurkis buvo 76,9%. Galima teigti, kad lovos užimtumas Lietuvoje naudojamas neefektyviai, ypač tose savivaldybėse, kuriose apie 20 tūkst. Gyventojų ir atstumas nuo rajono lygmens ligoninės iki apskrities centre ar didesniame mieste esančios ligoninės nedidelis. Didžioji dalis ES šalių 2014 metais buvo žemiau ES vidurkio.



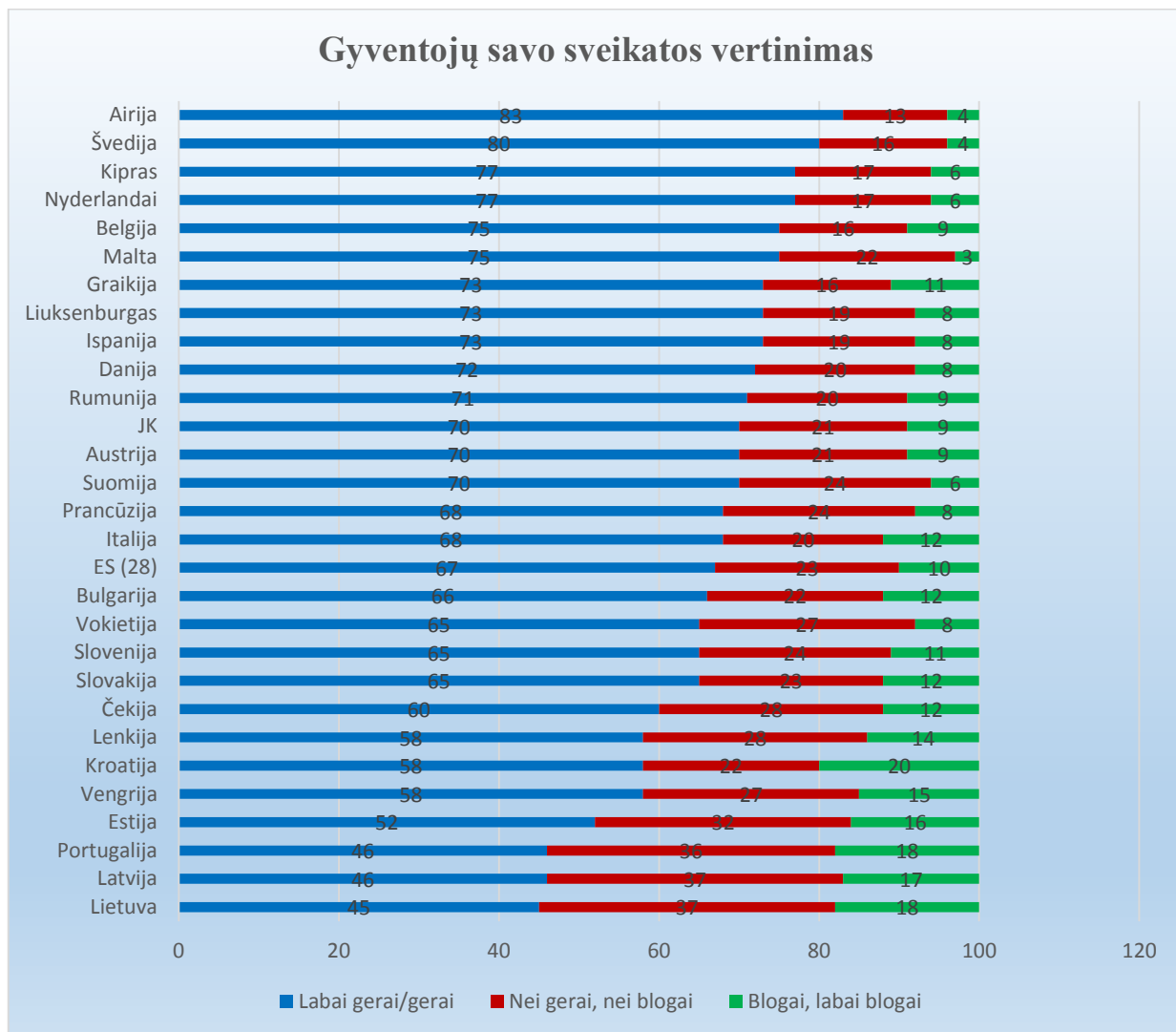
25 pav. Lovos užimtumas (proc.) (aktyvus gydymas) ES šalyse 2014 m.

Šaltinis: Higienos instituto duomenys (2017).

Įvertinus aktyvaus gydymo lovos užimtumo rezultatus, galima teigti, kad pirmojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2003–2005 m.) padidėjo 21,1 d./per metus, antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2006–2008 m.) sumažėjo 12,2 d./per metus, trečiojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2009–2012 m.) padidėjo 0,7 d./per metus, o ketvirtojo restruktūrizacijos etapo laikotarpyje (2013–2015 m.) padidėjo 2,4 d./per metus. Galima teikti, kad per viso restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo metus (2003–2015 m.) šis rodiklis sumažėjo tik 2,1 d./per metus. Esant aktyvaus gydymo lovų pertekliui šių lovų trūksta slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos teikti. Viena iš ketvirtojo restruktūrizacijos etapo priemonių buvo numatyta, kad aktyvaus gydymo lovų užimtumas asmens sveikatos priežiūroje nebūtų mažesnis kaip 300 dienų per metus. 2015 metais šis rodiklis siekė 263,6 d./per metus, todėl galima daryti prielaidą, kad galbūt siekis padidinti aktyvaus gydymo lovos užimtumą bus įgyvendintas.

Asmens savo sveikatos vertinimas. Sveikatos būklę galima vertinti objektyviais ir subjektyviais rodikliais. Vienas iš subjektyvių rodiklių, kada asmenų klausama, kaip jie vertina savo sveikatą. Išlieka nemažai socialiniai bei kultūriniai skirtumai, amžiaus struktūros ypatumai (ten kur didesnė dalis vyresnio amžiaus asmenų, sveikatos būklė gali būti įvertinta prasčiau), tačiau nepaisant, savo sveikatos vertinimo rodiklis yra svarbus, nes padeda geriau nuspėti ateities medicininių paslaugų poreikį ir mirtingumą (Higienos institutas, 2016, p. 24).

Analizuojant gyventojų savo sveikatos vertinimą, European Health at a Glance, (Eurostat, 2016) duomenimis (žr. 26 pav.), galima teigti, kad 2014 metais ES šalyse vidutiniškai 67% asmenų savo sveikatą įvertino labai gerai arba gerai, 23% – nei gerai, nei blogai ir 10% – blogai ir labai blogai. Lietuvoje mažiausiai žmonių t. y. 45% iš visų ES valstybių savo sveikatą įvertino kaip gerą arba labai gerą ir beveik 18% t. y. daugiausiai (po Kroatijos) savo sveikatą įvertino kaip blogą arba labai blogą sveikatą.



26 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas ES šalyse 2014 m. (proc.)

Šaltinis: Eurostat duomenys (2016).

Apibendrinant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatus, galima teikti, kad pirmajame ir antrajame (tęstinė programa) restruktūrizacijos etape įdiegta nemažai naujovių sveikatos sektoriuje. Buvo sumažintas ligonių skaičius, hospitalizacijos rodiklis ir t. t. Šie rezultatai rodo, kad atlikta nemažai darbų, pagerinusių sveikatos sistemos funkcionavimą. Pirmasis sveikatos priežiūros ir įstaigų restruktūrizavimo etapas buvo kokybiškiausias, per kurį įgyvendinta daugiausia užsibrėžtų uždavinių. Tačiau antrasis restruktūrizacijos etapas buvo ne toks intensyvus. Įvertinus trečiąjį sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapą, galima teigti, kad šis etapas taip pat laikytinas tęstiniu procesu, kurio metu išplėsta šeimos gydytojo kompetencija, stacionariu paslaugų apimčių padidėjimas. O apibendrinant, šiuo metu įgyvendinamo ketvirtojo restruktūrizavimo etapo rezultatus, galima teikti, kad pagerėjo šeimos gydytojų plėtra, taip pat padidėjo lovos užimtumo rodiklis. Tačiau ketvirtojo restruktūrizacijos etapo siekiamybė – stacionaro lovų skaičiaus sumažinimas, nepakankamai įgyvendintas. Todėl galima daryti išvadą, kad ketvirtojo restruktūrizacijos etapo metu nepakankamai dėmesio buvo skiriama medicininei priežiūrai.

Naudinga nagrinėti Lietuvos sveikatos ir jos priežiūros rodiklius, ne tik Lietuvos lygmeniu, bet ir kitų ES šalių kontekste. Vertinant ES šalių sveikatos priežiūros sistemą, galima teigti, kad kiekvienoje šalyje vyrauja panašios sveikatos priežiūros problemos. Todėl vertinant yra naudinga išnagrinėti Lietuvos sveikatos ir jos priežiūros rodiklius ne tik Lietuvos lygmeniu, bet ir kitų ES šalių kontekste, nes taip lengviau galima pastebėti silpnąsias bei stipriąsias grandys Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veikloje. Todėl galima daryti išvadą, kad Lietuvą lyginant su ES šalimis, užima žemas pozicijas, todėl svarbu nagrinėti esamą situaciją ir pasirinkti tinkamus sprendimo būdus, galinčius pagerinti gyventojų sveikatą.

IŠVADOS

1. Sveikatos sistemos reformos tikslas yra gerinti gyventojų sveikatą. Todėl nuo pat nepriklausomybės atgavimo, Lietuvoje pradėjo formuotis sveikatos priežiūros sistema, kuri buvo reikalinga tam, kad geriau patenkintų gyventojų poreikius, užtikrintų sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą, o sveikatos priežiūros sistema būtų finansuojama ne iš biudžeto, o sukūrus privalomojo sveikatos draudimo sistemą.
2. Sveikatos priežiūros reforma – tai sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, kuris nukreiptas į sveikatos sektoriaus veiklą ir gyventojų sveikatos būklės gerinimą, tai apgalvotas, suderintas ir atsižvelgiant į ilgalaikę perspektyvą, suplanuotas procesas, užtikrinantis sistemos stabilumą ateityje.
3. Įgyvendinant Europos Sąjungos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“, 1998 m. liepos 2 d. nutarimu buvo priimta Lietuvos sveikatos programa, kurios vienas iš pagrindinių tikslų buvo gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, sveikatos santykių teisumas, gyvenimo kokybės gerinimas. Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje (2014) keliamas strateginis tikslas – „pasiiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai“. To pasekoje buvo pradėta vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija.
4. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos strategija – tai tęstinė programa apėmusi keturis etapus (nuo 2003 m. iki 2016 m.), kurios tikslas buvo nukreiptas į ambulatorinių paslaugų plėtrą, stacionarinių paslaugų mažinimą, sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimą, efektyvesnių paslaugų įdiegimą.
5. Geriausiai vertinami pirmojo ir antrojo restruktūrizacijos etapų proceso pasiekti rezultatai. Per šį laikotarpį sumažėjo sveikatos sektoriaus išlaidos, pagerėjo paslaugų kokybė, pailgėjo vidutinė gyvenimo trukmė, pagerėjo kūdikių mirtingumo rodikliai. Tačiau pagrindinėmis problemomis ir toliau išliko aukšti hospitalizacijos rodikliai ir per lėta ambulatorinių paslaugų plėtra. Vertinant jų rezultatus, galima daryti išvadą, kad vykdoma sveikatos reforma galėjo teigiamai įtakoti gyventojų sveikatą.
6. Trečiojo restruktūrizacijos etapo metu buvo išplėsta šeimos gydytojo kompetencija, įvestos naujos skatinamosios paslaugos, pradėta skatinti už prisirašymą prie šeimos gydytojo. Per šį laikotarpį pagerėjo ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra, tačiau stacionarinių paslaugų apimtys pablogėjo. Vidutinės gyvenimo trukmės rodiklis ženkliai pailgėjo, kūdikių mirtingumo rodikliai sparčiai gerėjo, tačiau bendro mirtingumo rodiklis kėlė didelį susirūpinimą. Trečiojo restruktūrizacijos etapo rezultatai nepakankamai įtakojo gyventojų sveikatą.

7. Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo metu pagerėjo šeimos gydytojų plėtra, taip pat padidėjo lovos užimtumo rodiklis, tačiau šio etapo siekiamybė – stacionaro lovų skaičiaus sumažinimas, nepakankamai įgyvendinta. Nors vidutinė gyvenimo trukmė gerėja, tačiau skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės šiek tiek sumažėjo. Kūdikių mirtingumo rodiklis nežymiai gerėjo. Ketvirtojo restruktūrizacijos etapų rezultatai nepakankamai orientuoti į gyventojų sveikatos gerinimą, pacientų lūkesčių tenkinimą, paslaugų prieinamumą ir kokybės gerinimą.

LITERATŪRA

Moksliniai straipsniai, publikacijos, monografijos

1. Backūnaitė, E. (2006). *Administracinių reformų viešajame sektoriuje raida: konvergencijos ir divergencijos paieškos*. Viešojo politika ir administravimas, 18, 17-25.
2. Balčiūnienė, I., Petkinis, J., Milašauskienė, Ž. (2004). Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina*, 40(3), p. 272-277.
3. Bugakovas, M. (2011). Reforma. [žiūrėta 2017 03 20]. Prieiga per internetą <https://bugakovasblogas.wordpress.com/2011/08/08/reforma/>
4. Civinskas, R., Dvarak, J., Davidonis, R. (2015). *Lietuvos viešojo valdymo reformų institucinė sandara 2009 – 2012 m.* Regional formation and development studies: Nr 1 (15), p. 36–46.
5. Černiauskaitė I., Sruogaitė A., Tamutienė I. (2011). Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Kultūra ir visuomenė*, 2(1), 95-110.
6. Černiauskas, G., Jankauskienė, D., Murauskienė, L. (1998). Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir sveikatos draudimas. *Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, p. 16-29.
7. Domarkas, V. (2004). *Naujieji viešojo administravimo raidos akcentai*. Viešojo politika ir administravimas. Nr.7, 7-15.
8. Dudinskaitė, L. (2011). *Viešojo administravimo reforma Lietuvoje: apskričių viršininkų administracijų panaikinimas*. Magistro darbas: vadyba ir administravimas (03S). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
9. Dunn, W. N., (2006). *Viešosios politikos analizė*. Vilnius: Homo liber.
10. Dvarok, J. (2011). *Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje: diegimas, mastas ir reikšmingumas*. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, politikos mokslai (02S), Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
11. Gurevičius, R. (2014). Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. *Vaikų sveikata*. Vilnius: Valstybės žinios. [žiūrėta 2017 04 10]. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/CTAUHDXX.PDF>
12. Gurevičius, R., Mekšriūnaitė, S. (2013). Išvengiamas mirtingumas ir vidutinė gyvenimo trukmė Lietuvoje 1967–2011 m.: sekuliariniai pokyčiai pagal lytį ir gyvenamąją vietą. *Visuomenės sveikata*, 4(63), p. 31-37. [žiūrėta 2017 04 10]. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4\(63\)/VS%202013%204\(63\)%20ORIG%20%20Isvengiamas%20mirtingumas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4(63)/VS%202013%204(63)%20ORIG%20%20Isvengiamas%20mirtingumas.pdf)
13. Jakušovaitė, I., Darulis, Ž., Žekas, R. (2005). *Lithuanian health care in transitional state: ethical problems*. *BMC Public Health*. Prieiga per internetą: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/117>
14. Jankauskienė, D. (2010). Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius. Sveikatos ekonomikos centras, p. 104-142.
15. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio leidykla.

16. Janušonis V. (2011). Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. *Sveikatos mokslai*, 4 (76), 5-11.
17. Janušonis, V. (2012). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitikus*. Klaipėda: S. Jokudžio leidykla-spaustuvė.
18. Jasiukaitienė, V., Saliūnė, S., (2014). Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos narių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo politiką. *Visuomenės sveikata*, 4(67), p. 44-59.
19. Jogailė, B. (2014). *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos vertinimas įrodymais grįstos politikos kontekste*. Magistro baigiamas darbas: politikos mokslai, administravimas (03S). Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
20. Kairys, J, Sužiedelytė, O., (2009). Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija 2003–2008 metais: miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė. *Visuomenės sveikata*, 5(65), p. 2561-2578.
21. Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina*, Nr. 40 (9), 891-896.
22. Kisilienė, I., (2014). Pagrindinės Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos įgyvendinimo sėkmės prielaidos. *Visuomenės sveikata*, 3 (66), p. 5–9.
23. Kumpienė, J., Sužiedelytė, O., (2010). Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, p. 208-247.
24. Lane, J. E. (2001). *Viešasis sektorius: sąvokos, modeliai ir požiūriai*. Vilnius: Margi raštai.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. [žiūrėta 2017 04 17]. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura>
26. Lileikytė, G. ir kt. (2012). *Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas: privalumai ir trūkumai*. Rašto darbas: politikos mokslai, administravimas. Kaunas: Mykolo Romerio universitetas.
27. Liublijanos chartija Dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje (1996). [žiūrėta 2016 10 16]. Prieiga per internetą: http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html.
28. Matulevičiūtė, E., Balžekienė, A. (2016). *Sveikatos priežiūros sistemų Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė*. Viešoji politika ir administravimas, 1(15), p. 98-112.
29. Misevičienė, J., Milašauskienė, Ž. (2002). Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina*, 38(5), p. 559-565.
30. Nacionalinis pranešimas (2006). *Apie Lietuvos socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties strategijas 2006–2008*, (NP–SASAS). [žiūrėta 2017 03 22]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/nap/lithuania_lt.pdf
31. Našlėnė, Ž., Gurevičius, R., (2016). Vidutinė tikėtina suaugusiųjų Gyvenimo trukmė be negalios Lietuvoje 2012 – 2014 m. *Visuomenės sveikata*, 3 (74), p. 24-31.
32. Našlėnė, Ž., Ustinavičienė, R., Želvienė, A. (2016). *Lietuvos gyventojų sveikatos būklė Europos Sąjungos Šalių kontekste*. Vilnius: Higienos institutas sveikatos informacijos centras.
33. Pangonienė, R. (2010). *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadyba sveikatos reformos kontekste: Šiaulių apskrities ligoninės atvejis*. Magistro darbas: vadyba ir administravimas (03S). Šiauliai: Šiaulių universitetas.
34. Pollitt, Ch., Bouchaert, G. (2003). *Viešojo valdymo reforma: lyginamoji analizė*. Vilnius: Algarvė.

35. Puškorius, S. (2004). *Veiklos auditas: Monografija*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras.
36. Raipa, A. (2009). *Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos*. Viešoji politika ir administravimas, Nr. 30, p. 22-32.
37. Segalovičienė, I., (2011). Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai. Viešoji politika ir administravimas. Nr. 3, p. 437–450.
38. Skardžiūtė, S. (2011). Sveikatos sistemos reforma ir jos įgyvendinimas: Šiaulių rajono atvejis. *Ekonomikos ir vadybos aktualijos*, ISSN 2029-1019, p. 778-787.
39. Skardžiūtė, S. (2011). *Sveikatos sistemos reforma ir jos įgyvendinimas: Šiaulių rajono atvejis*. Magistro darbas. Šiauliai: vadyba ir administravimas (03S). Šiaulių universitetas.
40. Starkienė, L. Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos. Sveikatos politika ir valdymas. [žiūrėta 2017 04 11]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/cd5/006_starkiene.pdf
41. Sveikatos apsaugos ministerija. [žiūrėta 2017 03 14]. Prieiga per internetą <http://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/sveikatos-sistemos-reformas>
42. Šileikienė, J. (2011). *Visuomenės sveikatos priežiūros reformos Šiaulių apskrityje vertinimas*. Magistro darbas. Kaunas: Lietuvos Sveikatos mokslų universitetas.
43. Tidikas, R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas.
44. Tumėnas, A. (2010). *Valstybinių organizacijų reformų ir pokyčių teorinė analizė*. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, vadyba ir administravimas (03S), Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
45. Vaitkevičiūtė, V. (2001). *Tarptautinių žodžių žodynas*. Vilnius: Žodynas.
46. Vedung, E. (1997). *Public Policy and program evaluation*. New Brunswick, NJ: Transaction publishers.
47. Vilpišauskas, R., Nakrošis, V., (2005). *Ko verta politika? Viešosios politikos vertinimas Lietuvoje ir Europos sąjungoje*. Vilnius: Eugrimas.
48. Žegunis, K., (2015). Lietuvos daugiaprofilį asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo veiksniai. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Vol. 37 (3), p. 438–446.

Teisės aktai ir duomenų šaltiniai

1. Higienos institutas (2017). Lietuvos sveikatos statistika. [žiūrėta 2017 04 16]. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/html/sv_statistika.htm.
2. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ *Žin.*, 1991, Nr. 33-893. [žiūrėta 2016 12 07]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.66813A09EB5B>
3. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 Dėl Lietuvos sveikatos programos“. *Žin.*, 1998, Nr. 64-1842. [žiūrėta 2016 11 12]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.9EC19FFC9D8E>
4. Lietuvos Respublikos seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *TAR.*, 2014, Nr. 9403 [žiūrėta 2017 03 12]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>.
5. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 2013 m. spalio 31 d. ataskaita Nr. V-896. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizės ataskaita (2009-2012 m.). [žiūrėta 2016 11 16]. Prieiga per internetą: http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/III-ojo%20etapo%20ataskaita.pdf
6. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas Nr. I-1343. *Žin.*, 1996, Nr. 55-1287. [žiūrėta 2016 11 16]. Prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.94F6B680E8B8/aOxXEpXPWE>
7. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas Nr. VIII-940. *Žin.*, 1998 m., Nr. 109-2995. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.2E6CC51EA4ED>
8. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552. *Žin.*, 1994, Nr. 63-1231. [žiūrėta 2016 11 16]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182>.
9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. *Žin.*, 2003, Nr. 28-1147. [žiūrėta 2016 11 12]. Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DE34FE8175BE/TAIS_224135.
10. 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. [žiūrėta 2016 11 12]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CBC8143F0576>.
11. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2009, Nr. 150-6713. [žiūrėta 2016 11 12]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.361419/oOpPjTsjv>.
12. Lietuvos Respublikos vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimas Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“. *Žin.*, 2013, Nr. 29-1406 [žiūrėta 2017 03 12]. Prieiga per: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.444678>.

13. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“. *TAR.*, 2015, Nr. 19823. [žiūrėta 2017 03 12]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/e6d81660a33a11e58fd1fc0b9bba68a7>.
14. Lietuvos statistikos departamentas (2017). Gyventojai ir socialinė statistika. [žiūrėta 2017 04 16]. Prieiga per internetą: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>
15. Nacionalinės Sveikatos tarybos, patvirtintas 2001 m. gruodžio 20 d. nutarimu „Dėl Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis“. [žiūrėta 2016 12 07]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=12843,698,4.
16. OECD (2016), Health at a Glance. [žiūrėta 2017 04 07]. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>.