



**Kauno technologijos universitetas**

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

# **Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos Lietuvoje**

Baigiamasis magistro studijų projektas

---

**Edita Maliauskienė**

Projekto autorė

**Doc. dr. Donata Jovarauskienė**

Vadovė

---

**Kaunas, 2019**



**Kauno technologijos universitetas**  
Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

# **Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos Lietuvoje**

Baigiamasis magistro studijų projektas  
Viešasis administravimas (6211LX040)

---

**Edita Maliauskienė**  
Projekto autorė

**Doc. dr. Donata Jovarauskienė**  
Vadovė

**Doc. dr. Rimantas Rauleckas**  
Recenzentas / Recenzentė

---

**Kaunas, 2019**



**Kauno technologijos universitetas**

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas

Edita Maliauskienė

## **Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos Lietuvoje**

### Akademinio sąžiningumo deklaracija

Patvirtinu, kad mano, Editos Maliauskienės, baigiamasis projektas tema „Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos Lietuvoje“ yra parašytas visiškai savarankiškai ir visi teikti 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)

Maliauskienė, Edita. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos Lietuvoje. Magistro studijų baigiamasis projektas / vadovė doc. dr. Donata Jovarauskienė; Kauno technologijos universitetas, Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas.

Studijų kryptis ir sritis (studijų kryptių grupė): 03S (L07).

Reikšminiai žodžiai: valdymas, sveikatos priežiūros sistema, valdymo problemos.

Kaunas, 2019. 89 p.

### **Santrauka**

Viešojo valdymo, sveikatos priežiūros sistemos pokyčių kryptis ir valdymo problemos analizuotos daugelio pasaulio ir Lietuvos mokslininkų. Sveikatos priežiūros sistemos valdymas svarbi kiekvienos visuomenės dalis, nes nuo to kaip efektyviai ir veiksmingai ši sistema valdoma priklauso jautriausios visuomenės sritys – žmonių gyvenimo kokybė, gyvybė, savijauta ir socialinė gerovė. Šiai sistemai yra skiriama didelė dalis kiekvienos šalies valstybės biudžeto lėšų, surenkamų iš mokesčių mokėtojų įmokų, tačiau šių išteklių niekada neužteks užtikrinti visų su sveikata susijusių visuomenės poreikių. Taip ši sistema tampa išskirtine, daug diskusijų dėl valdymo kelianti sritis. Įvairių nepalankių veiksnių, tokių kaip sveikatos priežiūros sąnaudų augimas, žmogiškųjų išteklių trūkumas, senstanti visuomenė, ligų migracija ir atsparumas, didėjantis sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, mažėjanti atsakomybė už savo sveikatą, dažnėjantys skundai dėl nekokybiškų ir nevienodus standartus atitinkančių paslaugų šalyse, reikalauja atsakingo ir efektyvaus, prisitaikančio prie kintančios aplinkos, sveikatos priežiūros sistemos valdymo. Siekiant struktūriškai analizuoti ir optimizuoti sveikatos sistemos valdymą, valdymo problemų indentifikavimas ir priežastinių ryšių nustatymas, turėtų būti vienas svarbiausių sveikatos priežiūros sistemos formuotojų uždavinių.

Tyrimo naujumas pasižymi tuo, kad į sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas pažvelgta iš sveikatos priežiūros sistemos valdyme dalyvaujančių institucijų pozicijos.

Projekto mokslinė problema gali būti formuluojama klausimu: kodėl neefektyviai valdoma šiuolaikinė sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje? Tyrimo objektas - šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymas. Tyrimo tikslas – atlikti šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo tyrimą, kuris padės identifikuoti valdymo problemas ir jų sprendimo būdus. Pagrindiniai projekto uždaviniai: išanalizuoti valdymo sampratą ir veiksnius, jų taikymą sveikatos priežiūros sistemos valdyme, aptariant sveikatos priežiūros sistemos sąvokų kaitą ir valdymo tobulinimo problematiką; ištirti Lietuvos ir pažangių šalių praktiką valdant sveikatos priežiūros sistemas, atskleidžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo pertvarkos Lietuvoje veiksnius ir mastą; palyginti Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklius, ištirti sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonę apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje.

Projekte taikyti tyrimo metodai: mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, apklausa, antrinė analizė, statistinė ir lyginamoji analizė. Taikant mokslinės literatūros analizės metodą, išanalizuota visuomenės požiūrio į sveikatą kaita, gero ir efektyvaus valdymo samprata, ir jo svarba sveikatos priežiūros sistemai. Pasitelkus teisės aktų analizę, ištirtas teisinis sveikatos priežiūros sistemos valdymo reglamentavimas, o naudojantis antrinės duomenų analizės metodu, atskleista Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklių dinamika, nustatant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje. Taikant apklausos metodą, ištirti sveikatos priežiūros valdyme

dalyvaujančių institucijų nuomonė apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo procesą ir su tuo susijusias problemas Lietuvoje. Surinktiems duomenims analizuoti pritaikyti aprašomosios statistikos metodai.

Tyrimu nustatyta, kad pagrindines šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas lemia netinkamai vykdomos valdymo funkcijos ir strateginio sveikatos priežiūros sistemos valdymo stoka. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymas reformuojamas ilgą laikotarpį, tačiau sveikatos srityje Lietuva gerokai atsilieka nuo ES šalių vidurkio. Nuolat vykdomomis reformomis siekta, kad sveikatos priežiūros sistema labiau atitiktų visuomenės sveikatos priežiūros poreikius, o sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos veiksmingiau. Tyrimas parodė, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pasižymi gausa valdymo problemų: neefektyvumu, žemu veiksmingumu, kokybės ir strateginio valdymo stoka. Viena iš pagrindinių įvardijamų problemų – paslaugų prieinamumas ir per didelis lovų skaičius ligoninėse. Lietuva išsiskiria kaip šalis, kurios gyventojai gydomi ligoninėse reikšmingai ir sistemingai ilgiau nei kitose ES šalyse. Tai reikalauja didelių išlaidų ir papildomų išteklių siekiant užtikrinti veiksmingą, kokybišką ir saugią sveikatos priežiūros sistemą. Tyrimas parodė, kad norint užtikrinti efektyvią ir veiksmingą sveikatos priežiūros sistemą, svarbu sudaryti visiems piliečiams vienodas sąlygas gerinti sveikatą, didinti visuomenės narių ir suinteresuotų grupių dalyvavimą priimančiam valdymo sprendimams ir sprendžiant sveikatos priežiūros problemas, o tikslingai formuojamos sveikatos politikos tikslai ir siekiai turi atsispindėti sveikatos priežiūros sistemos strateginiame valdyje.

Projekto struktūrą sudaro trys dalys. Pirmoje dalyje analizuojami sveikatos priežiūros sistemos ir jos valdymo teoriniai aspektai, atskleidžiant viešojo valdymo koncepcijų turinį, gero valdymo principus, viešojo valdymo tobulinimo kryptis. Šioje dalyje dėmesys skiriamas sveikatos sąvokos teoriniams aspektams, siekiant atskleisti sveikatos sąvokos suvokimo kaitą laiko atžvilgiu, ir sveikatos priežiūros sistemos įtaka sveikatą lemiantiems veiksniams. Analizuojamas sveikatos politikos įgyvendinimas ir sveikatos priežiūros sistemos valdymo principai, identifikuojamos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos. Antroji dalis skirta Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos raidai ir valdymo pertvarkoms, valdymo problemoms ir pažangių šalių praktikai ištirti. Trečioje dalyje pateikiama sveikatos priežiūros sistemos valdymo rodiklių analizė ir tiriama sveikatos priežiūros valdyje dalyvaujančių institucijų nuomonė apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo procesą ir su tuo susijusias problemas Lietuvoje. Šioje dalyje nustatomos pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos, su kuriomis susiduria sveikatos priežiūros sistemos valdyje dalyvaujančios institucijos. Baigiamojoje dalyje formuojamos projekto išvados atspindinčios projekto įvade suformuluotą tyrimo tikslą ir jį papildančius uždavinius.

Maliauskienė, Edita. Issues of Contemporary Health Care System Management in Lithuania. Master's Final Degree Project / supervisor assoc. prof. Donata Jovarauskienė; Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Study field and area (study field group): 03S (L07).

Keywords: management, health care system, issues.

Kaunas, 2019. 89.

### **Summary**

Many scientists from all around the world and Lithuania have analyzed the changes of public administration, health care system and management problems. The management of the health care system is important to every part of society as the most sensitive areas of society, such as quality of life, life itself, well-being and social well-being, depend on the efficiency and effectiveness of the system. Although a large part of the state budget funds collected from taxpayers' contributions is allocated to this system, these resources will never be sufficient to meet all public health needs. In this way, the health care system becomes a target and generates a lot of discussion about the quality of management. There are many various negative factors to pay attention to, such as rising healthcare costs, lack of human resources, an aging population, disease migration and resilience, increasing demand for health services, falling responsibility for one's health, increasing complaints about poor quality and uneven standards of service in the countries. All these require responsible and effective, being able to adapt to the changing environment, healthcare system management. The identification of management problems and causal links should be one of the most important tasks of healthcare system developers in order to structurally analyze and optimize the management of the health care system.

The novelty of the research is that the health care system management issues are being analyzed from the position of the authorities involved in the management of the health care system.

The scientific problem of the project can be formulated as a question: why is the modern health care system in Lithuania inefficiently managed? The object of the research is the management of modern health care system. The purpose of the research is to conduct a study of the modern health care system management, which will help to identify the problems of the management and their solutions. The main objectives of the project are: to analyze the concept of management, its factors and their application in the management of the health care system, to discuss the changes of the concepts of the health care system and the issues of improving the management; to analyze the management of health care systems in Lithuania and advanced countries by comparing the performance indicators of health care systems and revealing the factors and extent of reform in health care system management in Lithuania, to investigate the opinion of the institutions involved in health care management about the problems of health care system management in Lithuania.

Research methods used in the project: analysis of scientific literature, analysis of legal documents, secondary analysis, survey, statistical and comparative analysis. By using the method of scientific literature analysis, the analysis of public health attitudes, the concept of good and efficient management, and the importance of the health care system is done. The analysis of legal documents is used to analyze the legal regulation of health care system management, while using the secondary data analysis method, let identify the dynamics of the performance indicators of health care systems in

Lithuania and in the advanced countries as well as the health care system management problems in Lithuania. By using the survey method the opinion of the institutions involved in health care management on the health care system management process and related problems in Lithuania was analyzed. The methods of descriptive statistics methods have been applied to analyze collected data.

The research shows that the key issues of a modern health care system management are related to improperly implemented management functions and not ensuring strategic management of the healthcare system at all levels. The Lithuanian health care system faces reforms for a long time now, but Lithuania lags far behind the EU average in the area of health. Constant reforms aimed to make the healthcare system better meet the public health care needs and provide more efficient healthcare services. The study revealed that the Lithuanian health care system has a lot of management problems: inefficiency, low effectiveness, lack of quality and strategic management. One of the main problems identified in the study is the availability of services and the excessive number of beds in hospitals. Lithuania stands out as one of the countries where residents are treated in hospitals significantly and systematically more often than in other EU countries. This leads to high healthcare costs and additional resources to ensure an efficient, high quality and safe healthcare system. The study shows that, in order to ensure an efficient and effective healthcare system, it is important to provide equal treatment for all citizens and to increase the influence of members of the public and stakeholders on health care issues and decision-making, while the health policy goals must reflect in the strategic management of the healthcare system.

The project structure consists of three parts. The theoretical aspects of the health care system and its management by revealing the content of public management concepts, principles of good management, and directions of public administration improvement are being analyzed in the first part of the project. This section focuses on the theoretical aspects of the concept of health in order to reveal the change in the perception of health over time and the influence of health determinants on decisions related to healthcare system management. The implementation of health policy and the principles of healthcare system management is analyzed by identifying the health care management problems. The second part consists of the analysis of the Lithuanian health care system development, the issues of management and its reorganization, as well as the practice of advanced countries. The third part presents the analysis of the indicators of the health care system management and the opinion of the institutions involved in health care management on the health care system management process in Lithuania and related issues. This section identifies the key health management issues faced by the authorities involved in the management of the healthcare system. The final part of the project presents the conclusions of the project, which reflect the purpose of the research formulated in the introduction of the project and its complementary tasks.

## Turinys

<b>Paveikslų sąrašas.....</b>	<b>9</b>
<b>Lentelių sąrašas.....</b>	<b>10</b>
<b>Įvadas.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo svarba ir problemos Lietuvoje.....</b>	<b>14</b>
1.1. Viešojo valdymo ir gero valdymo teoriniai aspektai.....	14
1.1.1. Viešojo valdymo elementai.....	14
1.1.2. Gero valdymo principai.....	19
1.1.3. Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys.....	20
1.2. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo elementai.....	22
1.2.1. Sveikatos sąvokos kaita ir sveikatą lemiantys veiksniai.....	23
1.2.2. Sveikatos politikos įgyvendinimas.....	25
1.2.3. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo principai.....	28
1.2.4. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos.....	36
<b>2. Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų valdymo praktika.....</b>	<b>41</b>
2.1. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo raida.....	41
2.2. Pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų analizė.....	55
<b>3. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų Lietuvoje tyrimas ir tyrimo rezultatų analizė.....</b>	<b>62</b>
3.1. Tyrimo metodologija.....	62
3.2. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo kiekybinis tyrimas.....	65
3.3. Danijos, Estijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemų valdymo rodiklių lyginamoji analizė.....	73
<b>Išvados.....</b>	<b>81</b>
<b>Literatūros sąrašas.....</b>	<b>83</b>
<b>Informacijos šaltinių sąrašas.....</b>	<b>88</b>
<b>Priedai.....</b>	<b>90</b>
1 priedas. Tyrimo instrumentas.....	90
2 priedas. Ryšių tarp požymių analizė.....	95



## Paveikslų sąrašas

1 pav. Viešojo valdymo elementai .....	16
2 pav. Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys .....	21
3 pav. Sveikatos modelių chronologinė seka (Leonavičius, Večorskytė, 2018) .....	23
4 pav. Sveikatą lemiantys veiksniai .....	24
5 pav. Santykių su institucijomis modeliai (Pukinaitė, 2015) .....	27
6 pav. Efektyvios sveikatos priežiūros sistemos modelis .....	30
7 pav. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos .....	36
8 pav. Tyrimo etapai .....	62
9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį .....	66
10 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą .....	66
11 pav. Ar pakanka informacijos apie ES formuojamą sveikatos politiką .....	67
12 pav. Ar svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas .....	68
13 pav. Ar Jūsų atstovaujamos įstaigos strateginiame veiklos plane patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai dera su šalies sveikatos politikos tikslais ir uždaviniais? .....	68
14 pav. Ar sutinkate su pateiktais teiginiais, kaip sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas? .....	69
15 pav. Įvertinkite, kurie valdymo elementai svarbiausi siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos priežiūros sistemos valdymo .....	70
16 pav. Sureitinguokite sveikatos priežiūros valdymo problemų priežastis .....	71
17 pav. Įvertinkite, kurios iš nurodytų priemonių yra pagrindinės sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas .....	72
18 pav. Danijos, Estijos ir Lietuvos tikėtina gyvenimo trukmė 2014-2017 m. (Eurostato duomenų bazė) .....	75
19 pav. Danijos, Estijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis 2011-2015 m. (Eurostato duomenų bazė) .....	76
20 pav. Danijos, Estijos ir Lietuvos lovų skaičius 100.000 gyventojų 2013-2016 m. (Eurostato duomenų bazė) .....	77
21 pav. Danijos, Estijos ir Lietuvos mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas šaltiniai 2015 m. (Eurostato duomenų bazė) .....	78

## Lentelių sąrašas

1 lentelė. Viešojo valdymo sąvokos definicijos .....	14
2 lentelė. Integruotos sveikatos priežiūros sistemos trukdžiai ir jų sprendimo būdai (Wolfe, 2013).....	33
3 lentelė. Restruktūrizavimo etapai 2003-2011 m.....	47
4 lentelė. Valdymo elementų užtikrinimas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos kaitos laikotarpiais .....	54
5 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemų palyginimas Danijoje, Estijoje ir Lietuvoje.....	60
6 lentelė. Tyrime naudoti aprašomosios statistikos rodikliai .....	65
7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, pareigas ir instituciją.....	67
8 lentelė. Respondentų įvardintos valdymo problemos.....	71
9 lentelė. Respondentų įvardintos valdymo problemų sprendimo priemonės.....	73
10 lentelė. Danijos, Estijos ir Lietuvos demografiniai, socialiniai ir ekonominiai veiksniai 2015-2017 m. (Eurostato duomenų bazė).....	74

## Ivadas

**Temos aktualumas.** Pasaulyje vykstant globaliems procesams dėl mokslo ir technologijų plėtros, ryškėja įvairių sektorių pasaulinės valdymo problemos, su kuriomis susiduria ir sveikatos priežiūros sistemos. Medicinos inovacijos, mokslo raida ir plati žinių sklaida veikia žmonių elgseną, keičia poreikius ir lūkesčius. Visuomenė tiki, kad valdžia gali geriau administruoti viešąjį sektorių ir jo valdymą, taip užtikrindama aukštesnio lygio paslaugas, spręsdama socialines ir su sveikatos priežiūra susijusias problemas, tinkamai atstovaudama visuomenės interesams visose srityse. Sveikata yra vienas iš gyvenimo prioritetų ir pagrindinių sektorių šalyse, todėl dažnai tampa politine šalies problema, nes valdžios institucijos ne visada sugeba patenkinti visus visuomenės poreikius. Sveikatos priežiūrai skiriama didelė dalis kiekvienos šalies pajamų, kurių niekada neužtenka patenkinti visų visuomenės poreikių. Tai lemia diskusijas ir abejones dėl tinkamo valdymo naudojant mokesčių mokėtojų lėšas. Nuolat kintanti sveikatos priežiūros sistemos aplinka, sąlygojama nepalankių tendencijų, reikalauja atsakingo ir efektyvaus sistemos valdymo. Sveikatos priežiūros sąnaudų augimas, žmogiškųjų išteklių trūkumas, ligų migracija ir atsparumas, didėjantis sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, mažėjanti atsakomybė už savo sveikatą, dažnėjantys skundai dėl nekokybiškų ir nevienodus standartus atitinkančių paslaugų, tai problemos su kuriomis susiduria kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistemos. Strategiškai orientuoto, efektyvaus valdymo modelio pasirinkimas gali būti pagrindinė priemonė sprendžiant valdymo problemas, siekiant efektyviai ir racionaliai veikiančios sveikatos priežiūros sistemos. Sveikatos sistemos valdymo problemų išgryninimas turėtų būti vienas svarbiausių uždavinių siekiant struktūriškai analizuoti ir keisti sveikatos sistemos valdymą. Nes sveikata jautri prioritetinga sritis tiek kasdieniniame visuomenės gyvenime, tiek valstybės valdymo lygmenyje.

Baigiamojo magistro projekte analizuotos svarbios mokslininkų įžvalgos dėl gero ir efektyvaus valdymo sampratos, mokslininkų teoriniai darbai apie sveikatos priežiūros sistemos ir jos valdymo problemų teorinius aspektus. Viešojo valdymo ir sveikatos priežiūros sistemos pokyčių kryptis, valdymo elementus ir problemas analizavo daugelis Lietuvos (Jankauskienė, 2010; Smalskys, 2010; Buškevičiūtė ir Raipa, 2011; Domasrkas, 2011; Pivoras ir Visockytė, 2011; Sriubas, 2013; Buškevičiūtė, 2014; Gaulė, 2014; Leonavičius, Baltrušaitytė, Raila ir Naujokaitė, 2013; Petrauskienė ir Predkelytė, 2014; Raipa, 2014; Čingienė, Laskienė ir Raipa, 2015; Juknevičienė ir Bersėnaitė, 2016; Raipa ir Čepuraitė, 2017; Jasaitytė ir Petronytė, 2018) ir pasaulio (Kleinman, 1980; Press, 1980; Bury, 1997; Simon, 2003; Davies, 2007; Rondinelli, 2007; Bann, 2010; Jakab ir Tsouros, 2013) mokslininkų.

Baigiamojo magistro projekto rengimui svarbi Grudžinsko (2012) atlikta Baltijos šalių sveikatos sistemų lyginamoji analizė, Europos Komisijos (2017) Europos Sąjungos šalių sveikatos profilių analizė. Tyrimo naujumas pasižymi tuo, kad į sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas pažvelgta iš sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų pozicijos.

Didelis mokslininkų dėmesys sveikos priežiūros sistemos valdymui, leidžia teigti, jog su sveikatos sistemos valdymu susijusias problemas svarbu spręsti visuose valdymo lygiuose, sistemingai ir struktūriškai keičiant visą sistemą. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai paskutiniai du dešimtmečiai buvo besikeičiančios aplinkos ir reformų laikotarpis. Vykstanti sveikatos priežiūros sistemos valdymo reforma, tapusi išbandymu politikams, sveikatos sistemos vartotojams ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų teikėjams, nepasižymi nuoseklumu ir visapusišku veiksnių koordinavimu. Nors reformomis siekiama, kad sveikatos priežiūros sistema būtų veiksminga, grįsta įrodymais ir prisitaikanti prie kintančios aplinkos ir kaitos sąlygojančių iššūkių, tačiau ši sistema iki šiol pasižymi ne viena

įsisenėjusia sveikatos priežiūros sistemos valdymo problema. Problemų svarbą pagrindžia analizuoti moksliniai šaltiniai.

Atliekant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos problemų analizę, svarbus visų, tiek valdymą formuojančių, tiek jame dalyvaujančių, institucijų požiūris. Sveikatos priežiūros sistemų formuotojai turi siekti, kad sveikatos priežiūros sistemos valdymas būtų paremtas kokybiškų, koordinuotų, į visuomenę orientuotų, įrodymais grįstų sveikatos paslaugų teikimu. Siekiant efektyvaus valdymo, tobulinant valdymo struktūrą ir sistemas, didinant jų veiksmingumą ir atsakomybę, valdymo kaita turi būti koncentruojama į pagrindinių veiklos strategijų kūrimą ir tobulinimą. Vertinant sveikatos priežiūros sistemos veiklą ir rezultatyvumą būtina visų valdyme dalyvaujančių institucijų kolegiali atsakomybė ir suinteresuotumas siekti bendros strateginės vizijos ir jos tęstinumo visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose. Norint išspręsti sveikatos priežiūros valdymo problemas ir pasiekti visuomenės sveikatos priežiūros sistema šalyje, reikia gerinti šios sistemos valdymo veiksmingumą ir efektyvumą, diegiant kompleksinį požiūrį į sveikatos priežiūros sistemą, užtikrinant strateginį valdymą ir gero valdymo praktiką, įtraukiant įvairius sektorius ir institucijas taip skatinant bendradarbiavimą, atsakomybę ir skaidrumą, o valdymo sprendimus priimti pasitelkiant kritinį įvertinimą ir mokslinius šaltinius, klinikinę patirtį ir geriausių sisteminių mokslinių tyrimų įrodymus.

**Problema:** Kodėl neefektyviai valdoma šiuolaikinė sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje?

**Tyrimo objektas:** Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymas.

**Tyrimo tikslas** – atlikti šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo tyrimą, kuris padės identifikuoti valdymo problemas ir jų sprendimo būdus.

Tyrimo tikslui įgyvendinti keliami **uždaviniai:**

1. išanalizuoti valdymo sampratą ir veiksnius, jų taikymą sveikatos priežiūros sistemos valdyme, aptariant sveikatos priežiūros sistemos sąvokų kaitą ir valdymo tobulinimo problematiką;
2. ištirti Lietuvos ir pažangių šalių praktiką valdant sveikatos priežiūros sistemas, atskleidžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo pertvarkos Lietuvoje veiksnius ir mastą;
3. palyginti Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklius, ištirti sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonę apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje.

**Tyrimo metodai.** Rengiant baigiamąjį magistro projektą, naudoti šie metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų analizė, apklausa, antrinė analizė ir lyginamoji analizė. Taikant mokslinės literatūros analizės metodą, išanalizuota visuomenės požiūrio į sveikatą kaita, gero ir efektyvaus valdymo samprata, svarba sveikatos priežiūros sistemai. Pasitelkus teisės aktų analizę, ištirtas teisinis sveikatos priežiūros sistemos valdymo reglamentavimas, o naudojantis antrinės duomenų analizės metodu, atskleista Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklių dinamika, nustatant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje. Taikant apklausos metodą, ištirti sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonė apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo procesą ir su tuo susijusias problemas Lietuvoje. Surinktiems duomenims analizuoti pritaikyti duomenų sisteminimo ir grafinio atvaizdavimo metodai.

**Projekto struktūra.** Projektą sudaro trys dalys. Pirmoje dalyje analizuojami sveikatos priežiūros sistemos ir jos valdymo teoriniai aspektai, atskleidžiant viešojo valdymo koncepcijų turinį, gero

valdymo principus, viešojo valdymo tobulinimo kryptis. Šioje dalyje dėmesys skiriamas sveikatos sąvokos teoriniams aspektams, siekiant atskleisti sveikatos sąvokos suvokimo kaitą laiko atžvilgiu, ir sveikatos priežiūros sistemos įtaką sveikatą lemiantiems veiksniams. Analizuojamas sveikatos politikos įgyvendinimas ir sveikatos priežiūros sistemos valdymo principai, identifikuojamos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos ir sprendimo būdai.

Antroji dalis skirta Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos raidai ir valdymo pertvarkoms, valdymo problemoms ir pažangių šalių praktikai ištirti.

Trečioje dalyje pateikiama sveikatos priežiūros sistemos valdymo rodiklių analizė ir tiriama sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonė apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo procesą ir su tuo susijusias problemas Lietuvoje. Šioje dalyje identifikuojamos pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos, su kuriomis susiduria sveikatos priežiūros sistemos valdyme dalyvaujančios institucijos.

Baigiamojoje dalyje formuojamos projekto išvados atspindinčios projekto įvade suformuluotą tyrimo tikslą ir jį papildančius uždavinius.

Projektą sudaro 96 puslapiai, 10 lentelių, 21 paveikslas, 2 priedai. Panaudotas 81 mokslinės literatūros šaltinis ir 28 teisės aktų ir duomenų šaltiniai.

## 1. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo svarba ir problemos Lietuvoje

Sveikatos priežiūra visuomenei jautri, daug diskusijų ir abejonių dėl tinkamo jos valdymo kelianti sritis. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visame pasaulyje – tai vienas iš civilizacijos požymių, tačiau skirtingose pasaulio šalyse skiriasi sveikatos priežiūros išsivystymas ir visuomenės suvokimas, kokio lygio, apimties ir kokybės sveikatos priežiūra turi būti užtikrinta visuomenei. Skirtumai priklauso ne tik nuo visuomenės požiūrio į sveikatą, bet ir nuo valstybių sugebėjimo tinkamai valdyti sveikatos priežiūros sistemą.

Šiame skyriuje analizuojami sveikatos priežiūros sistemos ir jos valdymo problemų teoriniai aspektai, atskleidžiant viešojo valdymo koncepcijų turinį, gero valdymo principus, viešojo valdymo tobulinimo kryptis. Akcentuojami sveikatos sąvokos teoriniai aspektai, siekiant atskleisti sveikatos sąvokos suvokimo kaitą laiko atžvilgiu ir sveikatą lemiančių veiksnių įtaką su sveikatos priežiūros sistemos valdymu susijusiems sprendimams. Analizuojama sveikatos politikos formavimo reikšmė ir sveikatos priežiūros sistemos valdymo principai, identifikuojamos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos ir atskleidžiami jų sprendimo būdai.

### 1.1. Viešojo valdymo ir gero valdymo teoriniai aspektai

Visuomenės gyvenimo pokyčius, pasak Raipos (2009), suponuoja globalių problemų paskatinti pokyčiai ir įvairūs socialiniai, politiniai ir ekonominiai konfliktai. Skurdas, socialinė nelygybė, pilietiniai karai, epidemijos nėra globalizacijos pasekmės, tai padariniai, susiję su nepakankamu šalies išsivystymu, neefektyviu viešosios politikos įgyvendinimu, nepajėgiomis viešosios politikos ir viešojo administravimo institucijomis (Domarkas, 2011). Siekiant iširti viešojo valdymo strategines kaitos kryptis ir valdymo problemas, numatyti tinkamus valdymo metodus, procedūras, svarbu suprasti šiuolaikinio viešojo valdymo elementus (Čingienė, 2015).

#### 1.1.1. Viešojo valdymo elementai

Valdymas plačiąja prasme gali būti įvardijamas kaip politikos formuotojų ir viešųjų institucijų, kurie organizuoja visuomenei reikšmingų sprendimų priėmimą, ir veiklos, susijusios su politine, ekonomine, socialine ir kultūrine aplinka, atsirandančios per viešojo sektoriaus, privataus sektoriaus ir pilietinės visuomenės sąveiką, sistema (Robertson, 2002; cit. iš Raipa, Backūnaitė, 2004). Terminas „viešasis“ dažnai tapatinamas su visuomene ir įvairiais jos dariniais, viešojo sektoriaus institucijomis, jų biurokratinio personalu (Raipa, 2002). Mokslinėje literatūroje sąvoka „viešasis valdymas“ pasižymi definicijų gausa (žr. 1 lent.), kuri parodo požiūrių kaitą laiko atžvilgiu sąvokos sąsajas su viešąja politika, viešuoju administravimu ir visuomenės interesais.

1 lentelė. Viešojo valdymo sąvokos definicijos

Šaltinis	Sąvokos definicija
Perry, Kraemer, 1983; cit. iš Pollit, Bouckaert, 2003;	Viešasis valdymas – tai tradicinio viešojo administravimo normatyvinės orientacijos ir bendrosios vadybos susiliejimas
Lynn. ir kiti., 2000;	Viešasis valdymas – tai įstatymų, administravimo aktų, teisminių nutarčių ir administravimo praktikos, apribojančios valdžios veiklą kuriant ir teikiant viešąsias gėrybes, režimas
Raipa, 2002;	Viešasis valdymas – tai viešosios politikos ir viešojo administravimo dichotomija (tam tikra atskirybė ir tam tikra bendrybė tuo pačiu metu)
Raipa, Smalskys, 2008;	Viešasis valdymas suprantamas kaip šalies reikalų tvarkymas jungtinėmis politinės, ekonominės ir administracinės bendruomenės atstovų pastangomis, skatinant konstruktyvią valstybės institucijų, privataus sektoriaus ir civilinės visuomenės konstruktyvią sąveiką

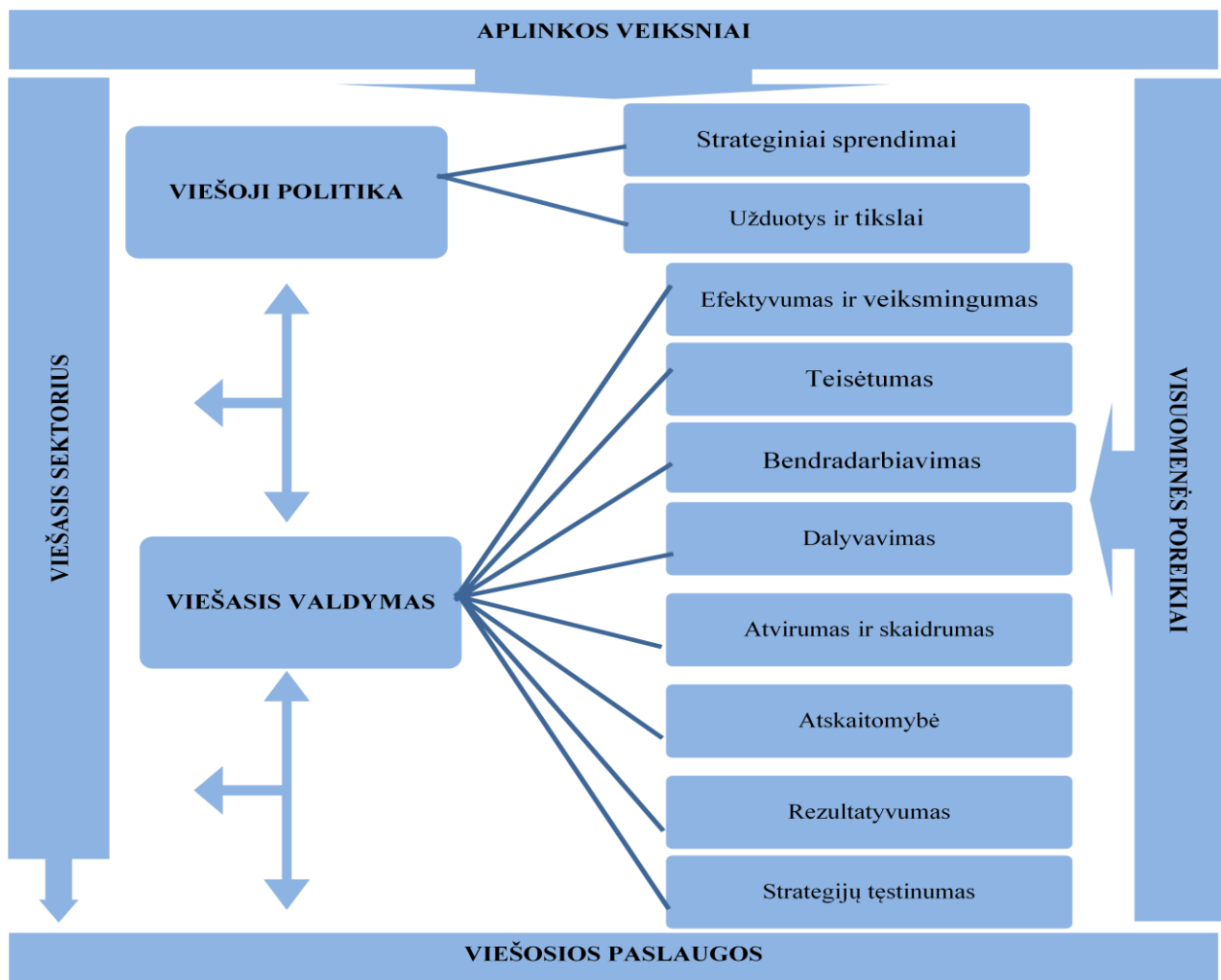
Šaltinis	Sąvokos definicija
Raipa, 2010;	Viešasis valdymas – tai priemonės, skirtos organizuoti, sutelkti žmogiškuosius, technologinius, finansinius ir informacinius išteklius siekiant įgyvendinti įvairių socialinių grupių tikslus ir uždavinius
Domarkas, 2011;	Viešasis valdymas – kaip procesų sistema, lemianti pokyčius, skirta įgyvendinti visuomenės tikslus
Gaulė, 2014;	Viešasis valdymas gali būti suprantamas kaip remiantis tam tikrais principais vykstantys sudėtingi procesai ir sąveikos, kai socialinių interesų siekiantys veikėjai sąveikauja formuodami ir įgyvendindami viešąją politiką, kuria daromas poveikis gyvenimo kokybei
Raipa, Čepuraitė, 2017;	Viešasis valdymas yra suprantamas kaip modernių inovatyvių procesų visuma, apimanti valstybės ir viešojo sektoriaus valdymo finansinius, ekonominius, politinius, socialinius, ideologinius ir teisinius aspektus

Viešasis valdymas prasideda ir baigiasi politikos aktu (Pivoras, Visockytė, 2011). Todėl viešojo politika svarbi viešojo valdymo dalis. Raipa (2002) teigia, kad analizuojant viešąją politiką, svarbu dėmesį koncentruoti ne į pačią viešąją politiką, bet į valdžios institucijas, politinius procesus ir procedūras, susietas su politinių sprendimų priėmimu ir politikos įgyvendinimu. Autorius pastebi, kad viešojoje politikoje svarbiausi yra priimami politiniai sprendimai, lemiantys teisėkūrą, potvarkius, administracinio reguliavimo taisykles. Andersonas (1994) teigia, kad įstatymo priėmimas ar pakeitimas dar neparodo įgyvendinimo sėkmės, tam didelę įtaką daro viešojo administravimo sistema, kuri atlieka politikos įgyvendintojo vaidmenį, ir bendruomenė, kurios gerovę šie sprendimai lemia (cit. iš Miseliūnaitė, Vaidelytė, 2018).

Buškevičiūtė ir Raipa (2011) teigia, kad, įgyvendinant viešąją politiką pagrindiniai valdymo veiklos elementai – sprendimai. Dabartiniu laikotarpiu itin dideli reikalavimai keliami viešosios politikos sprendimus rengiantiems ir įgyvendinantiems dalyviams, kurių pagrindinė atsakomybė yra politinių sprendimų kokybė, įvairiomis partnerystės formomis susietais su sprendimų rezultatų kokybe suinteresuota visuomene, kaip sprendimų procesų dalyve (Raipa ir kiti, 2017).

Sprendimų priėmimo kokybė visuose valdymo lygiuose priklauso nuo informacijos valdymo ir tinkamo jos interpretavimo. Viešojo valdymo sėkmė priklauso nuo to, ar sprendimus priimančios institucijos suteikia teisingą informaciją piliečiams, skatina dalyvavimą sprendimų priėmimo procese, suteikdama galimybę siekti nelygybės kompensavimo ir šalinimo (Raipa, Backūnaitė, 2004). Raipa (2002a) teigia, kad dažniau susiduriama su politiniais ketinimais „tam tikromis aplinkybėmis“, skatinančiomis arba, atvirkščiai, trukdančiomis priimti ir realizuoti sprendimus, siekiant vieno ar kitų politinių tikslų, dažnai neturint laiko ilgai svarstyti ir grįsti racionaliais sprendimais. Buškevičiūtė ir Raipa (2011) nurodo, kad šiuolaikinei valdymo praktikai sprendimų priėmimo procese būdingas informacijos filtravimas, nes sprendimų ruošėjai informacijos tvarkymą suvokia kaip informacijos atrinkimo procesą prieš priimant aukščiausio lygmens sprendimus. Autoriai teigia, kad „tai priklauso nuo biurokratinių struktūrų, atsakingų už informacijos rengimą, pateikimą ir sklaidą, moralinių nuostatų, specializacijos ir profesionalumo lygmens, bendro viešojo valdymo kultūros vienoje ar kitoje šalyje ar organizacijoje lygmens, požiūrio į atsakomybę, įvairių atskaitomybės formų praktikos, esminių specifinių viešojo valdymo principų – viešumo ir skaidrumo vietos organizacijos veiklos filosofijoje ir kultūroje“ (Buškevičiūtė, Raipa, 2011, p. 18).

Raipa ir kiti autoriai (2017) pastebi, kad svarbu išskirti visų valdymo lygių humanistinį, socialiai orientuotą valdymo elementų pobūdį, koncentruojantis į kompleksinį socialinių visuomenės problemų sprendimą globalioje erdvėje ir išaugusią socialinę visų rūšių ir lygių atsakomybę realizuojant esminės viešojo valdymo sudėtinės dalies – viešosios politikos, strateginius sprendimus (žr. 1 pav.).



1 pav. Viešojo valdymo elementai

Pagal Buškevičiūtę (2014), yra penki svarbiausi valdymo principai: atskaitomybė, efektyvumas ir veiksmingumas, atvirumas ir skaidrumas, dalyvavimas ir teisės viršenybė. Pivoras ir Visockytė (2011, p. 29) pastebi, kad „viešasis valdymas, nors ir remiasi platesniu požiūriu, tačiau jam svarbūs ir vadybiniai viešojo administravimo elementai, ypač dėmesio skyrimas veiklos rezultatams, kiek tai neprieštaruoja proceso teisingumo, nešališkumo, visuomenės dalyvavimo principams“.

**Efektyvumas ir veiksmingumas.** Efektyvumu ir veiksmingumu siekiama poreikius tenkinančių rezultatų, geriausiai panaudojant turimus išteklius (Rondinelli, 2007). Pagal Raipą, Štarą ir Čepuraitę (2017), efektyvi veikla tai strategiškai veikiant veiksmingų tikslų ir užduočių iškėlimas, tikslingai siekiant suprasti, kodėl atliekami veiksmai ir ką veikloje reikėtų keisti. Buškevičiūtė (2014) nurodo, kad valdymo efektyvumu ir veiksmingumu siekiama į poreikių tenkinimą sutelktų rezultatų, kuomet racionaliau naudojant išteklius. Tam pritaria ir Buškevičiūtė su Raipa (2011), teigdami, kad dažniausiai veiksmingumas, efektyvumas ir racionalumas tapatinami su gero sprendimo sąvoka, siejant efektyvumą su veiklos rezultatais, o racionalumą – su įrankiais rezultatams pasiekti. Pagal Simon (2003), efektyvumas suprantamas kaip efektyvūs politiniai sprendimai, kurie įgyvendinami laiku ir nešališkai, atspindint viešuosius interesus, teisėtumą, racionalumą, efektyviai paskirstant išteklius ir patiriant minimalias sąnaudas išteklius panaudojant, užtikrinant sprendimo priėmimo viešumą ir atskaitomybę pasiekus užsibrėžtų tikslų ir uždavinių, ir taip geriausiomis priemonėmis išspręsti iškilusią problemą (Simon, 2003; cit. iš Buškevičiūtė, Raipa, 2011). Viešoji politika veiksminga, kai



pasiekti rezultatai atspindi apibrėžtus tikslus, jeigu jų efektas pateisina panaudotus išteklius ir daro realų poveikį visuomenei ir visoms suinteresuotoms pusėms (Puškorius, Raipa, 2003).

**Teisėtumas.** Viešajame valdyme turi dominuoti teisėtumas, teisingumas ir nešališkumas. Efektyvų viešųjų paslaugų teikimą ir viešųjų išteklių valdymą padeda užtikrinti veiksmingos viešosios politikos ir teisės aktų rengimo procedūros, aiškiai apibrėžiančios valdžios institucijų atskaitomybę. Pasak Buškevičiūtės (2014), tai užtikrinama teisės viršenybe, kai žmogaus teisėmis paremtas reglamentavimas yra teisingas ir nešališkas. Svarbu, kad formuojant valdymo užduotis būtų įdiegtas mechanizmas, kuris leistų peržiūrėti užduočių teisinį pagrindą. Jau egzistuojančių įstatymų ir kitų teisės aktų peržiūra ir stebėseną – svarbi iniciatyva, užtikrinanti viešojo valdymo teisėtumą. Pasak Segalovičienės (2011), stebėseną – tai nenutrūkstamas informacijos rinkimo ir analizės procesas, kurio metu lyginami planuoti pasiekti ir pasiekti rezultatai. Valdymo sprendimų stebėsenoje svarbu įvertinti priimamų sprendimų veiksmingumą ir kuriamą vertę, vertinant kiekvieną sprendimų priėmimo etapą. Vertinimo rezultatų praktinis panaudojimas – ne tik sprendimų priėmimo proceso vertinimas, bet ir plačiau – atskaitomybė, skaidrumas, viešumas, socialinė atsakomybė, informavimas ir švietimas, turint omenyje visas suinteresuotąsias šalis (Segalovičienė, 2011).

**Bendradarbiavimas.** Besikeičianti aplinka, nauji iššūkiai ir siekiai skatina viešąjį valdymą nuolat ieškoti artimesnio bendradarbiavimo su nevyriausybinėmis organizacijomis [NVO], mokslo ir kitomis įstaigomis sektoriais, siekiant atskaitingumo, į rezultatus ir visuomenės poreikius orientuoto valdymo. Valdymas bendradarbiaujant – viena naujausių viešojo valdymo sąvokų, kurios atsiradimą paskatino spartaus informacinių-komunikacinių technologijų vystymasis, viešosios politikos globalizacija ir viešojo sektoriaus institucijų decentralizacija (Wanna, 2008; cit. iš Juknevičienė, Bersėnaitė, 2016). Pasak Domarko (2011), šiai viešojo valdymo formai būdingas aktyvus piliečių dalyvavimas, tarpinstitucinis ir tarpsektorinis bendradarbiavimas, taip užtikrinant prieinamumą, skaidrumą, atskaitingumą ir nešališkumą. Ansell ir Gash (2007) sąveikaujantį valdymą apibrėžia kaip valdžios susitarimus, kai sprendimų priėmimo procesas grįstas bendru formaliu sutarimu, į konsensuą orientuotą ir patariamąjį sprendimų priėmimą įtraukiant visuomenę ir visas suinteresuotas puses (cit. iš Juknevičienė, Bersėnaitė, 2016). Sąveikaujančiu valdymu, įsitraukiant visoms suinteresuotoms šalims, galima pasiekti bendrų tikslų ir stabilumo palaikant ilgalaikes strateginės partnerystės idėjas, užtikrinamas politikos formuotojų sprendimais, ne tik tinkamai atstovaujant visuomenės interesams visose valdymo srityse, bet ir užtikrinant dalyvavimą, kaip kokybišką dalyvaujančių šalių sąveiką.

**Dalyvavimas.** Pivoras ir Visockytė (2011) teigia, kad pirmiausia geras viešasis valdymas suprantamas kaip dalyvavimu grįstas valdymas. Dalyvavimas užtikrinamas, kai piliečiams, tiesiogiai ar per atstovus, suteikiamas balsas priimant sprendimus susijusius su viešuoju interesu. Aktyvų piliečių dalyvavimą viešajame valdyme lemia informacijos apie valdžios veiksmus skleidimas ir prieinamumas (OECD, 2003).

**Atvirumas ir skaidrumas.** Viešajame valdyme skaidrumas siejamas su atvirumu, reiškiančiu priemones, užtikrinančias valdžios teikiamos informacijos netrukdomą ir nenutrūkstamą pateikimą visuomenei priimant sprendimus (Petrauskienė, Predkelytė, 2014). Skaidraus ir efektyvaus valdymo prioritetą – viešųjų interesų tenkinimas įgyvendinant politinius sprendimus visuose valdymo lygiuose, pabrėžiant naudą ir gerovę visuomenei. Buškevičiūtė (2014) nurodo, kad tam svarbus atvirumo ir skaidrumo principas, kuris remiasi atviru informacijos skleidimu, užtikrinant pakankamą informacijos srautą, kad galima būtų suprasti ir stebėti viešojo sektoriaus veiklą. Viešos informacijos skelbimas apie

realią viešojo sektoriaus veiklą sudaro sąlygas suinteresuotoms šalims dalyvauti sprendimų priėmimo procese, išreiškiant savo nuomonę, sprendžiant probleminius viešojo sektoriaus veiklos klausimus.

**Atskaitomybė.** Pagal Raipą (2004), atskaitomybė, tai skaidrumu užtikrinta atsakomybė už viešojo sektoriaus priimtus sprendimus ir vykdomą veiklą. Asmenys, priimančys viešus sprendimus yra atsakingi visuomenei ir suinteresuotoms šalims (Buškevičiūtė, 2014). Atskaitomybė įpareigoja atsiskaityti visuomenei už suteiktą atsakomybę (Raipa, 2004).

**Rezultatyvumas.** Viešajame valdyme svarbiausias į rezultatus nukreiptas procesas, o ne tik viešojo sektoriaus institucijos, struktūros ar šio proceso veikėjai (Pivoras, Visockytė, 2011). Lynn ir jo bendraautoriai (2000) pateikė viešojo valdymo logikos formulę parodančią viešojo valdymo rezultatus:

$$R = f(A, K, P, S, V);$$

čia R – rezultatai / išdavos / poveikis (individualūs ir organizaciniai);

A – aplinkos faktoriai (politiniai, socialiniai, ekonominiai ir pan.);

K – klientai;

P – procesai;

S – struktūros (administracinės, organizacinės institucijos);

V – vadyba (programos, strategijos, veiksmai) (Lynn ir kt., 2000; cit. iš Pivoras, Visockytė, 2011).

Veiklos rezultatai pasiekiami, kai veikla ir jai atlikti naudojami išteklių valdomi kryptingai, atsižvelgiant į aplinkos faktorių poveikį. Viešojo valdymo proceso metu struktūrų naudojami materialiniai, finansiniai ir žmogiškieji išteklių paverčiami veiklos rezultatais – viešosiomis paslaugomis.

**Strategijų tęstinumas.** Viešajame valdyme svarbi strateginė vizija ir jos tęstinumas visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose. Viešasis valdymas tiesiogiai susijęs su viešosios politikos sprendimais ir turi atitikti politikos formuojamus tikslus ir uždavinius. Tiek viešojo valdymo, tiek viešosios politikos tikslai, uždaviniai ir prioritetinės kryptys turi tiesiogiai sietis ir būti įgyvendinami nenutrūkstamai ilgą laikotarpį. Strateginė vizija, pagal Rondinelli (2007), – tai ilgalaikių tikslų ir siekių įsivaizdavimas, numatant koks bus valdymas ir plėtra, remiantis pažangia praktika prognozuojant aplinkybes, kuriomis paremtas šis įsivaizdavimas.

Dabartiniu laikotarpiu naujus reikalavimus viešajam valdymui, naujas valdymo kryptis ir strategijas, lemia globalūs pokyčiai, didėjančios visuomenės ekonominės galimybės ir išaugę poreikiai. Visuomenė suteikia valdžiai galią tvarkyti viešąjį sektorių ir jo valdymą, tai įpareigoja sprendžiant visuomenės problemas, tarp kurių vienos jautriausios – socialinės ir sveikatos priežiūros, užtikrinti visuomenės poreikius tenkinančias aukšto lygio viešąsias paslaugas ir tinkamai atstovauti visuomenės interesus visuose sektoriuose ir srityse. Veiksmingas viešasis valdymas – sudėtinga valdymo elementų sistema, labai svarbi visuomenės ir šalies investicija, kuriant strateginius valdymo pokyčių tikslus, formuojant sisteminių ir struktūrinių pokyčių valdymo įrankius, svarbiausiu tikslu iškeliant sieki viešojo sektoriaus veiklos optimizavimą, teikiant viešąsias paslaugas ir kuriant viešąją tarpsektorinės ir tarpinstitucinės integracijos vertę (Raipa, Bartkus, 2013; cit. iš Raipa ir kiti, 2017). Strateginiai valdymo pokyčiai suponuoja viešojo valdymo kaitą į gerąjį valdymą, kuris formuotų šiuolaikinį ir modernų viešąjį sektorių (apimantį ir sveikatos priežiūros sistemą), grįstą strateginiu planavimu, reformos proceso pokyčių analize ir rezultatyvumu, bendros lyderystės raiška, visuomenės ir įvairių struktūrinių jos darinių, interesų grupių poreikių ir lūkesčių tenkinimą.

*Apibendrinant galima teigti, kad viešojo valdymo sąvoka pasižymi interpretacijų įvairove, parodančia šios sąvokos svarbą. Viešojo valdymo sąvoką apibūdina valdymo elementai: efektyvumas, racionalumas, viešumas, skaidrumas, bendradarbiavimas, teisėtumas ir atskaitingumas. Tačiau bendriausia prasme viešasis valdymas siejamas su viešosios politikos sprendimų, tikslų ir uždavinių įgyvendinimo procesu, veikiamu socialinių, ekonominių ir politinių veiksmų. Šis procesas apima efektyvius rezultatus, aukštesnio lygio, prieinamas, visuomenės poreikius atitinkančias viešąsias paslaugas, strateginio valdymo sprendimus priimant nuolat ieškant artimesnio bendradarbiavimo su visuomeninėmis organizacijomis ir sektoriais, siekiant atskaitingumo, į rezultatus ir visuomenės poreikius orientuoto efektyvaus valdymo. Modernus viešasis valdymas turi generuoti strateginius pokyčius, nustatančius universalias viešųjų institucijų kryptis ir rekomendacijas, kuriuos taikydamas viešasis sektorius sugebės optimizuoti veiklą ir tinkamai atstovauti visuomenės interesus visose srityse.*

### **1.1.2. Gero valdymo principai**

Nuolat kintančią viešojo sektoriaus aplinką lemia globalūs ir socialiniai pokyčiai, tai skatina didėjančius visuomenės poreikius geram ir atsakingam viešajam valdymui, piliečių įsitraukimą į valstybės valdymą ir bendradarbiavimo poreikį priimant viešus sprendimus (Petrauskienė, Predkelytė, 2014). Sprendžiant visuomenėje ir ekonomikoje kylančias sudėtingas problemas ir siekiant užtikrinti tvarų socialinį ir ekonominį valstybės vystymąsi, socialinę gerovę, tradiciniais laikyti viešojo valdymo modeliai ir metodai tampa neveiksmingi (Gaulė, 2014), tai skatina diskusijas apie gerojo valdymo koncepciją. Petrauskienė ir Predkelytė (2014) nurodo, kad gero valdymo koncepcijos atsiradimą lėmė tai, kad sąvoka „valdymas“ nepakankamai apibrėžė, koks turi būti valdymas ir kokiais principais jis turi būti įgyvendinamas. Pasak Backūnaitės (2006), gerojo valdymo idėjos išplito tiek savaime, teik veikiamos tarptautinių organizacijų, todėl šiuolaikinė gero valdymo interpretacija remiasi tarptautinių organizacijų (ypač tokių, kaip Pasaulio bankas [PB] ir Tarptautinis valiutos fondas [TVF]) pozicija. Ši pozicija formuojasi veikiamą besivystančių šalių patiriamų ekonominių ir socialinių problemų, stokojančioms gero valdymo problemoms spręsti. Blogas valdymas pagal PB – neefektyvus šalies ekonominių ir socialinių išteklių valdymo būdas (Bank, 1994). Pivoras ir Visockytė (2011) pastebi, kad blogas valdymas gali atsirasti dėl netinkamo politinio režimo, netinkamo valdžios panaudojimo valdant šalį ar atskirą sektorių, žemų vyriausybės valdymo kompetencijų. PB (1994) gerą valdymą apibūdina kaip ekonominę institucijų ir viešojo sektoriaus valdymą įtraukiant skaidrumą ir atskaitomybę, reguliacines formas ir viešojo sektoriaus lyderystės įgūdžius. Pivoras ir Visockytė (2011) teigia, kad geras valdymas iš pat pradžių buvo siejamas su liberaliomis institucijomis ir vertybėmis, įskaitant teisės viršenybės principą, vykdomosios valdžios kontrolę, atskaitomybę, žmogaus teises tvirtą pilietinę visuomenę. Petrauskienė ir Predkelytė (2014) gerą valdymą įvardija kaip reikalavimą, keliamą visiems viešojo administravimo subjektams ir įgyvendinamą per piliečių ir valdžios atstovų santykius. Geras valdymas atspindi jautrų atsaką į klientų pageidavimus, pagal Rondinelli (2007), institucijos orientuojantis į susitarimą ir įvairių interesų derinimą turi siekti padėti visoms suinteresuotosioms šalims, taip užtikrinamos geriausią politikos įgyvendinimą ar procedūras.

Analizuodamos gero valdymo principus Petrauskienė ir Predkelytė (2014) nurodo, kad geras valdymas užtikrinamas, kai racionaliai ir efektyviai naudojant išteklius pasiekiami visuomenės gerovė ir sudaromos sąlygos ne tik ją išlaikyti, bet ir pagerinti, garantuojant žmogaus teises ir užtikrinant nešališkumą. Autorės pastebi, kad gero valdymo sinonimas – efektyvus valdymas užtikrinamas piliečių įtraukimu, veiklos skaidrumu ir atskaitingumu (Petrauskienė, Predkelytė, 2014). Visi paminėti gero valdymo principai atspindi viešojo valdymo sąvokoje (žr. 1 lent.), reikšdamos viešojo valdymo teisėtumą, siekiant visuomenės pasitikėjimo.

Raipa (2004) pagrindiniu gero valdymo elementu įvardija skaidrumą, kaip politikos tikslų, formulavimo ir įgyvendinimo aiškumą. Sharma (2014), išskirdamas penkis gero valdymo principus, be skaidrumo, įvardija paprastumą, moralumą, atskaitingumą ir atsakomybę (cit. iš Buškevičiūtė, 2014). Pasak Buškevičiūtės (2014), mokslininkai apibūdindami gerojo valdymo sąvoką, akcentuoja gebėjimą prisitaikant prie besikeičiančių aplinkos reaguoti priimant atitinkamus sprendimus.

Geras valdymas, tai valdymo sistema užtikrinanti efektyvų ir veiksmingą į piliečius orientuotą paslaugų teikimą, teisės aktų laikymąsi, piliečių dalyvavimą priimant sprendimus, skaidrumą, atskaitomybę ir strateginės vizijos tęstinumą (žr. 1 pav.). Visus šiuo elementus Petrauskienė ir Predkelytė (2014) įvardijo kaip taisykles, kuriomis viešasis sektorius remiasi vykdydamas viešąją veiklą. Gerojo valdymo principais (žr. 1 pav.) galima pasiekti viešojo sektoriaus efektyvumo, patikimumo ir gebėjimo prisitaikyti prie kintančios aplinkos. Geras valdymas skatina viešųjų institucijų lankstumą, atidumą piliečių poreikiams ir atsakingumą vykdant įsipareigojimus visuomenei, taip mažinant visuomenės nepasitikėjimą valdžios institucijomis (Petrauskienė, Predkelytė, 2014).

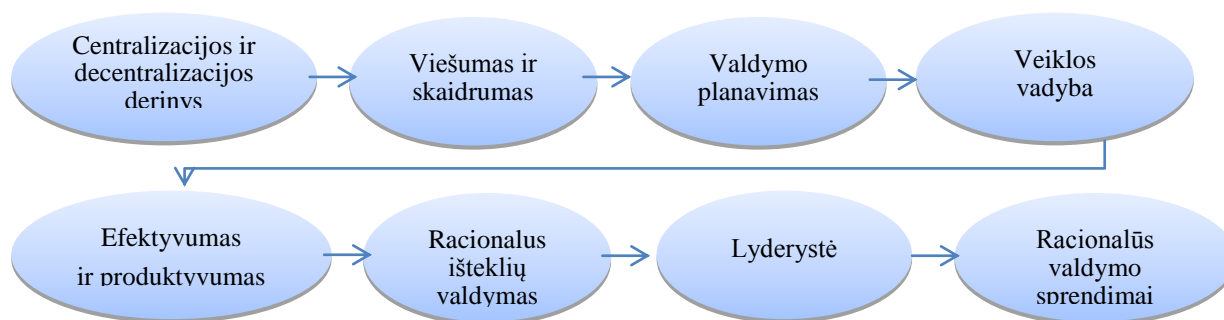
*Apibendrinant svarbu pažymėti, kad šiais laikais nepakanka paskelbti, kad politikai turi priimti visuomenei svarbius sprendimus, nes piliečiai reikalauja kur kas daugiau nei tik sprendimų ir vadybos, jie reikalauja nešališkumo, nori būti išklaustyti ir suprasti, nepaisant jų skirtumų. Todėl labai svarbus tampa geras valdymas, įgyvendinamas pagal valdžios ir piliečių santykių sąveikos dimensijas: informavimą, konsultavimą ir aktyvų dalyvavimą. Geras valdymas, tai efektyvaus valdymo sinonimas, apibūdinamas efektyviu ir veiksmingu į piliečius orientuotų viešųjų paslaugų teikimu, teisės aktų laikymusi, piliečių dalyvavimu priimant sprendimus, skaidrumu, atskaitomybe ir strateginės vizijos tęstinumu. Gerojo valdymo poreikis skatina viso viešojo sektoriaus pokyčius, kurie lemia aukštus reikalavimus politiniams sprendimams, viešojo sektoriaus valdymo kokybiniais parametrams: planavimui, veiklos vadybai, racionaliam išteklių panaudojimui, lyderystei, ir kitiems kompleksinio pokyčių valdymo struktūriniais elementais.*

### **1.1.3. Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys**

Globalizacijos lemiamos viešojo valdymo problemos skatina keisti viešojo valdymo strategijas. Petrauskienė ir Predkelytė (2014) šias problemas sieja su per dideliu biurokratizmu, demokratijos trūkumu valdyme, per mažo piliečių įsitraukimo į valdymo sprendimus, korupcijos apraiškomis ir skaidrumo stoka. Davies (2007) pastebi, kad globalizacijos nulemtos problemos skatina viešojo valdymo reformų plėtrą, kuri apima visas viešojo sektoriaus struktūras, į pertvarkos procesus įtraukiant visuomenę ir visus sektorius. Šie kaitos procesai reikalauja viešųjų paslaugų teikimą keisti į vadovavimą, orientuojantis į efektyvių ir nešališkų sprendimų priėmimą, reguliavimo veiklos vykdymą, užtikrinant visuomenės poreikius atitinkančias viešąsias paslaugas (Backūnaitė, 2006). Raipa ir kiti autoriai (2017) nurodo, kad reformos ir pokyčiai glaudžiai siejasi su viešojo valdymo naujovėmis ir veiklos optimizavimu, siekiant reorganizuoti, modernizuoti ir restruktūrizuoti viešąjį sektorių.

Alfordas (2013) strategine viešojo sektoriaus veiklos modernizavimo priežastimi nurodo: valdymo efektyvumą ir produktyvumą, veiklos optimizavimą, institucijų funkcinį augimą, racionalių valdymo sprendimų priėmimą, įgyvendinant viešųjų institucijų (taip pat ir sveikatos priežiūros) vystymo programas (cit. iš Čingienė, 2015). Raipa ir kiti autoriai (2017) teigia, kad kompleksinis pokyčių valdymas kelia itin aukštus reikalavimus viešojo sektoriaus valdymo kokybiniais parametrams, tokiems kaip valdymo planavimas, veiklos vadyba, racionalus išteklių valdymas, organizacinė

lyderystė, sprendimų rengimas ir gyvendinimas. Visi šie imperatyvai nurodo pagrindines šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptis, siekiant spręsti valdymo problemas viešajame sektoriuje (žr. 2 pav.).



**2 pav.** Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys

Smalskys (2010) teigia, kad šiuolaikinio viešojo valdymo reformose vis dažniau pabrėžiamas decentralizavimo ir piliečių dalyvavimo principų įgyvendinimas (Smalskys, 2010). Decentralizacijos principu siekiama hierarchizuoto požiūrio į valdymą eliminavimo, struktūrinio institucijų išskaidymo, komandinio darbo, horizontalaus valdymo diegimo ir atsakomybės delegavimo. Raipa ir kiti autoriai (2017) pabrėžia, kad, siekiant efektyvaus valdymo, turi būti inicijuojama tolesnė pagrindinių valdymo nuostatų kaita, kaip valdymo centralizacijos ir decentralizacijos derinys. Tai, ypač svarbu užtikrinant optimalumą ir racionalumą centrinių ir vietos valdžios institucijų strateginės veiklos, finansinių, žmogiškųjų ir technologinių išteklių panaudojimą (Raipa, Jukšienė 2013; cit. iš Raipa ir kiti, 2017).

Pagrindiniais šiuolaikinio valdymo pokyčių veiksniais galima įvardinti piliečių dalyvavimo viešajame valdyme užtikrinimą, kurį lemia informacijos apie valdžios veiksmus platus prieinamumas ir valdymo struktūrų skaidrumas. Viešumas ir skaidrumas – valdymo pokyčių struktūros dalis, suprantama kaip visuomenės dalyvavimo užtikrinimas, informacinių technologijų ir informacinės sklaidos galimybių naudojimo išplėtimas biurokratinių struktūrų ir biurokratinio personalo veiklos kontrolės srityse (Meijer 2009; cit. iš Raipa ir kiti, 2017). Geresnis ir aktyvesnis piliečių dalyvavimas užtikrina viešojo valdymo skaidrumą, suteikia didesnę pasitikėjimą politiką formuojančiomis ir įgyvendinančiomis institucijomis ir didina visuomenės pasitenkinimą galutiniu rezultatu – viešosiomis paslaugomis. Viešojo valdymo veiksmingumą ir efektyvumą gerina, skaidrumą ir atskaitingumą užtikrina, informacijos sklaida ir piliečių įsitraukimas. Šalies ekonominė padėtis ir įvaizdis, tiesiogiai priklauso nuo to, kaip viešais sektorius sugeba efektyviai planuoti veiklą, parengti, priimti ir įgyvendinti veiklai svarbius sprendimus (Raipa, 2009).

Pasak Čingienės, Laskienės ir Raipos (2015), Raipos (2014), pagrindiniai veiksniai lemiantys viešojo sektoriaus institucijų veiklos modernizavimo būtinybę – viešojo valdymo efektyvumas ir produktyvumas, veiklos optimizavimas, racionaliausių valdymo sprendimų paieška įgyvendinant valstybės strategines viešojo sektoriaus (taip pat ir sveikatos) vystymo programas. Strateginis valdymas atspindi viešojo sektoriaus veiklos kokybinius rodiklius ir inovatyvias viešųjų institucijų veiklos kryptis (Raipa ir kiti, 2017). Efektyvi į visus valdymo lygius integruota strateginio veiklos planavimo ir valdymo sistema suteikia galimybes gerinti valdymą, supaprastinti valdymo ir kontrolės procesus, padidinti jų skaidrumą ir pritaikyti šiuolaikinius valdymo metodus. Dabartiniame strateginio valdymo etape modernizavimo reformų strateginių kryptių ir tikslų nustatymas tampa esmine sąlyga viešojo sektoriaus veiklos valdymo efektyvumui didinti, geriau koordinuoti viešųjų institucijų pastangas, siekiant jų veikos produktyvumo, valdant visų rūšių organizacinius išteklius, keičiant organizacinę elgseną, sprendžiant valstybinio reguliavimo ir demokratinio valdymo plėtros derinimo

problemas, priimant ir įgyvendinant sprendimus, kuriant viešąją vertę kaip visų valstybėje veikiančių sektorių (viešojo, privataus ir nevyriausybinio) kryptingų pastangų rezultatą (Pestoff, Brandsen, 2010; cit. iš Raipa ir kiti, 2017).

Viešojo valdymo kaita nėra lengvai pasiekiamas tikslas. Raipa (2014) pažymi, kad viešojo valdymo, kaip ir sveikatos priežiūros sistemos valdymo reformos dažnai susiduria su įvairiais politiniais ir organizaciniais trukdžiais, neigiamais veiksniais ir įvairiais barjeriais. Reformų vykdymo metu labai svarbus pokyčių tęstinumas, tačiau dažnai pokyčiai, veikiami politinių ar technologinių veiksnių, sustoja. Valdymo reformavimas susiduria ne tik su organizaciniais, politiniais, finansiniais trukdžiais, bet ir su nepakankamu suinteresuotumu iš reformuojamų institucijų pusės. Nepaisant visų trukdžių, šiuolaikinio viešojo valdymo kaita, kurios modernizavimo kryptimi tampa gerasis valdymas, skatina kur kas tobuliau ir tiksliau conceptualizuoti, ugdo viešojo sektoriaus vadybininkų kompetenciją ir gebėjimą valdyti galimus metodologinius procesų kaitos ir reformų praktikos instrumentarius kaip esminę priemonę, padedančią nustatyti dažnai sunkiai apčiuopiamus problemų niuansus, sistemines tų problemų priežastis, neigiamus valdymo praktikos padarinius, įvardyti ir nustatyti valdymo pasiekimus ar problemas, tam tikrus vidinius ir išorinius (dažniausiai globalios aplinkos nulemtus), įtaką darančius veiksniai (Bann, 2010).

Valdymo pokyčiai itin reikšmingi sveikatos priežiūros sistemoje (Raipa, Čepuraitė, 2017). Sveikatos priežiūros sistema specifinė sritis, kurią valdant nepakanka tik teorinių viešojo valdymo ar gerojo valdymo paradigmu. Visuomenės gerą sveikatą ir sveikatos gerinimo sąlygas sudaro ne tik prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra užtikrinama efektyviu sveikatos priežiūros sistemos valdymu, bet ir sveikatą lemiantys veiksniai (Raipa ir kiti, 2017). Sveikatos priežiūros sistemos valdymas ir jo kaita glaudžiai susijusi su sveikatos sąvokos kaita, socialine raida ir visuomenėje dominuojančiu sveikatos modeliu.

*Apibendrinant poskyryje analizuotas mokslines įžvalgas galima teigti, kad globalios aplinkos nulemti valdymo kaitos procesai skatina remtis geriausiomis pripažintomis valdymo sistemomis, modeliais ar standartais. Taikant pažangią praktiką formuoti viešosios politikos (ir sveikatos politikos), kaip esminės viešojo valdymo sudėtinės dalies, turinį ir veiklos kryptis, visus valdymo lygius apimančią viešojo valdymo sistemą, nuo kurios priklauso viešosios politikos įgyvendinimo sėkmė. Viešasis valdymas turi apimti kompleksinį visuomenės problemų sprendimą, visų rūšių ir lygių atsakomybę, strateginį tęstinumą realizuojant viešosios politikos sprendimus, veiklos rezultatyvumą ir veiksmingumą, atvirumą ir skaidrumą, dalyvavimą ir bendradarbiavimą, teisėtumą priimant sprendimus. Viešojo valdymo pokyčių kryptis orientuojant į gero ir efektyvaus valdymo siekį, koncentruojant į viešųjų interesų derinimą, garantuojant žmogaus teises, užtikrinant racionalų viešųjų reikalų tvarkymą, efektyviai naudojant ribotus viešuosius išteklius, užtikrinant valdymo proceso teisėtumą ir teisingumą, išlaikant visuomenės pasitikėjimą. Šios valdymo pokyčių kryptys pasiekiamos į visus valdymo lygius integruojant strateginį valdymo planavimą, kuriant viešąją naudą, kaip vis viešojo sektoriaus kryptingą pastangų rezultatą.*

## **1.2. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo elementai**

Biologijos ir medicinos raida, filosofinio mąstymo paradigmu kaita, spartūs globalizacijos procesai keičia sveikatos sampratą ir jos vietą visuomenės raidoje. Nuo šios sampratos suvokimo priklauso šalių sveikatos politika ir sveikatos priežiūros sistema.

### 1.2.1. Sveikatos sąvokos kaita ir sveikatą lemiantys veiksniai

Sveikatos politika ir tikslinių grupių sveikata elgsena, pasak Leonavičiaus ir Večorskytės (2018), tiesiogiai priklauso nuo to, kaip jie supranta sveikatą. Weissas ir Lonquistas (2000) pažymi, kad sveikatos sistemą lemiantys principai susiję su socialine visuomenės raida, todėl aptariant sveikatos priežiūros sistemos kaitą, galima kalbėti apie skirtingų laikotarpių visuomenes, kuriose dominuoja arba biomedicininis, arba biopsichosocialinis sveikatos modelis. Šių sveikatos modelių kaita atspindi sveikatos sąvokos suvokimo kaitą laiko atžvilgiu (žr. 3 pav.).

Biomedicininis modelis (Didžioji Britanija, 1920)	Biopsichosocialinis modelis (PSO, 1946)	Archisveikata (Fox, 1999)
<ul style="list-style-type: none"><li>• sveikata suprantama kaip ligos, jos simptomų nebuvimas, o fiziologinės funkcijos ir organizmo sistemų sąveika apibūdinama tik mediciniškai</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• sveikata apibėžiama holistiškai, kaip visapusiška (biologinė, psichologinė ir socialinė) individo gerovė</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• sveikata suprantama ne tik kaip būseną, bet ir kaip kasdienio gyvenimo šaltinis, o ne gyvenimo siekinys. Sveikata yra pozityvi koncepcija, pabrėžianti socialinius ir asmeninius resursus bei fizines galimybes</li></ul>

3 pav. Sveikatos modelių chronologinė seka (Leonavičius, Večorskytė, 2018)

Kaip teikiama 3 paveiksle, Leonavičius ir Večorskytė (2018) išskiria trijų sveikatos modelių chronologinę seką, kuri atspindi sveikatos sąvokos supratimo kaitą visuomenėje: biomedicininį, biopsichosocialinį ir archisveikatos modelius.

**Sveikata – ligų ir negalavimų nebuvimas.** Tai tradicinė sveikatos samprata dar kitaip vadinama biomedicininis sveikatos modelis, nuo 1920 m. išplitusi Didžiojoje Britanijoje, vėliau JAV ir kitose Vakarų šalyse. Biomedicininis modelis besiremiantis sveikatos sąvokos koncepcija yra orientuota į ligą, o ne į pacientą. Bury (1997) išskiria šio požiūrio svarbiausius efektyvios sveikatos priežiūros ypatumus – teisingos diagnozės nustatymą ir tinkamo gydymo parinkimą. Javtokas (2009), Leonavičius ir Večorskytė (2018) pastebi, kad biomedicininis modelis koncentruojasi į ligą, todėl sveikatos sąvoka neretai suvokiama kaip neigiama – ligų ir negalavimų nebuvimas. Toks sveikatos sąvokos suvokimas dažnai susilaukia kritikos dėl asmens laisvo pasirinkimo ir autonomijos priimant su sveikata susijusius sprendimus ignoravimo, požiūrio į sveikatos palaikymą, tausojimą ir stiprinimą nebuvimo. Šiame modelyje nepripažįstami ir psichosocialiniai veiksniai, kaip galimi sveikatos problemų sukėlėjai.

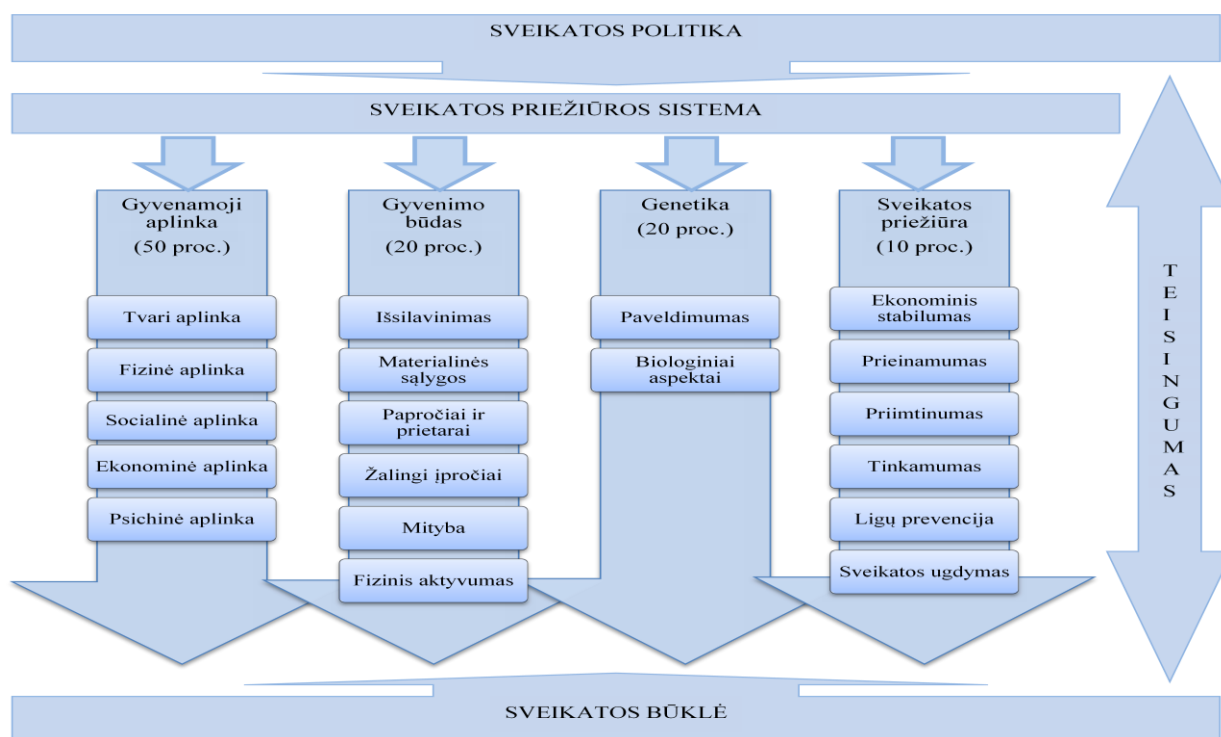
Modernėjant visuomenei keičiasi ir susirgimai: mažėja sergantieji infekcinėmis ligomis, didėja susirgimai lėtinėmis ligomis, sveikata tampa priklausoma ne tik nuo genetikos, bet ir nuo gyvensenos ypatumų (Leonavičius, Večorskytė, 2018). Pasaulio sveikatos organizacija [PSO] 1946 metais suformuoja sveikatos apibrėžimą: „**Sveikata – tai visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ir negalios nebuvimas**“. Ši sveikatos sąvoka ir atspindi biopsichosocialinį sveikatos modelį – holistinę teoriją. Holistinis požiūris į sveikatą remiasi penkiais veiksniais: fiziniu, psichologiniu (protiniu ir emociniu), socialiniu, visuomeniniu ir dvasiniu (Juczyński, 2006), žmogų traktuojant kaip visumą, stengiantis palaikyti viso kūno, proto ir dvasios gerą savijautą.

Analizuodami sveikatos modelius Leonavičius ir Večorskytė (2018) pastebi, biopsichosocialiniame sveikatos modelyje sveikata suvokiama kaip priklausomybės nuo tam tikrų veiksnių sąveika, kurioje sujungiami žmogus ir bendruomenė, psichosocialiniai, socialiniai ir ekonominiai veiksniai ir sąlygos. Bury (1997) teigia, kad pats žmogus tampa savo sveikatos puoselėtoju ir kūrėju, todėl labai svarbiais tampa paciento neprofesionalus ligos suvokimas ir elgesio ypatumai gydymo proceso metu.

Galiausiai, XX a. pabaigoje, apie sveikatą pradėta kalbėti kaip apie kasdienės veiklos metu kuriamą produktą (Fox, 1999). Nauja sveikatos sąvoka „**Sveikata – asmens sveikatos galimybės**“ formuoja trečiąją sveikatos modelio kaitos pakopą – postmodernistinį sveikatos modelį, Fox'o (1999) vadinamą archisveikata. „Biomedicininė prieiga yra griežtai orientuota į žmogaus kūno biologinį, biopsichosocialinę – į tam tikrą psichologinį, biologinį ir socialinį standartą, nuo kurio priklauso sveikata, o „archisveikata“ orientuojasi į tam tikrą asmens sveikatos galimybę, kai konstruojama sveikata gali įgyti įvairius pavidalus, priklausomus nuo pačios visuomenės būklės ir jos raidos“ (Leonavičius, Večorskytė, 2018, p. 118).

Leonavičius ir kt. (2013) pažymi, kad nepaisant medikų bendruomenės konservatyvumo, baigiantis XX a. formuojasi holistinė medicina paremta sveikatos samprata, grindžiama integruotos medicinos idėjomis, kur labai svarbiais tampa individo požiūris į su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ir veiksniai, darantys įtaką tų individų sveikatai.

Biopsichosocialinio sveikatos modelio pradžia siejama su sveikatai įtaką darančių veiksnių tyrimo pradžia. Juczyński (2006) teigia, kad sveikata – holistinė sąvoka, kurią vertinant negalima apsiriboti vien tik simptomų, kylančių apribojimų ar gydymo naudos vertinimu, svarbu įvertinti ir individualius, su sveikata susijusius veiksnius, kurie gali turėti įtakos gyvenimo kokybei, pavyzdžiui, įvairių formų kasdieninė veikla, užimtumo galimybės, saugumas, švietimas, poilsis, asmenybės savybės. PSO sveikatą lemiančius veiksnius pagal įtaką visuomenės sveikatai suskirstė į grupes: gyvenamoji aplinka, gyvenimo būdas, genetika ir sveikatos priežiūra (žr. 4 pav.).



**4 pav.** Sveikatą lemiantys veiksniai

Kaip teikiama 4 paveiksle, daugiausia sveikata priklauso nuo individo, t. y. nuo jo gyvenamosios aplinkos (50 proc.) ir pasirinkto gyvenimo būdo (20 proc.), o genetika lemia 20 procentų sveikatos būklės, sveikatos priežiūra – 10 procentų sveikatos. Pasaulio banko ekspertų teigimu, ligoms, atsirandančioms dėl netinkamo gyvenimo būdo, gydyti skiriama didžioji dalis visų sveikatos priežiūros sistemos išteklių. Sveikatą lemiančių veiksnių įvairovė parodo, kad sveikata negali būti tik sveikatos



priežiūros sistemos atsakomybė, nors sveikatos sektorius atlieka itin svarbų vaidmenį darant įtaką sveikai elgsenai (Jakab, Tsouros, 2013). Sveika visuomenės elgsena pasiekama tikslingai formuojant sveikatos politiką ir kryptingai veikiančią sveikatos priežiūros sistemos valdymą, grįstą supratimu apie socialinius veiksnius lemiančius sveikatą, naujais valdymo būdais ir strateginiais ryšiais, aktyviu visuomenės dalyvavimu. Sukurtos veiksmingos sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo ir prevenciją skatinančios priemonės, kryptingai numatant jas sveikatos politikoje ir integruojant į sveikatos priežiūros sistemos valdymą, padeda visuomenei efektyviai naudotis jai suteikta teise į sveikatą, mažina išlaidas sveikatos priežiūrai.

Pasak Jurgelėno, Juozulyno, Norvaišos ir Gurkienės (2004, p. 21), pripažįstama, kad „ne tik socialinė, ekonominė ir ekologinė aplinka veikia visuomenės sveikatą, bet ir visuomenės sveikata veikia socialinius, ekonominius, ekologinius procesus“. Tačiau neįmanoma pasiekti, kad visi žmonės sirgtų tomis pačiomis ligomis, mirtų sulaukę vienodo amžiaus ir sveikatos būklė taip pat būtų vienoda (Juozulynas, Goda, Jurgelėnas, Reklaitienė, 2004). Gyventojų, kurių socialinė ir ekonominė padėtis blogesnė, pasak Juozulyno ir kitų autorių (2004), dėl didesnio neigiamų veiksnių pažeidžiamumo galimybė išvengti ligų taip pat mažesnė. Dėl minėtų aplinkybių atsiradę sveikatos skirtumai yra neteisingi, nepateisinami ir išvengiami. Taip atsiranda sveikatą veikiančių socialinių ir ekonominių veiksnių lemiami sveikatos skirtumai, tiesiogiai siejami su formuojama šalies sveikatos politika ir sveikatos priežiūros sistemos valdymu. Pasak Kawachi (2002), sveikatos netolygumai atspindi sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir sveikatos būklės skirtumus. Sveikatos neteisingumas, pagal Whitehead (1990), – tai sistemingi, išvengiami ir socialiniu požiūriu neteisingi sveikatos skirtumai. Sveikatos santykių teisingumas – tai priešprieša sveikatos neteisingumui, kuri atspindi moralinį požiūrį ir yra siejama su nesąžiningumu, šališkumu ir nevienodomis galimybėmis naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir būti sveikiems.

Kaip matyti iš 4 paveikslo, sveikatai įtakos turi įvairūs veiksniai, tačiau dėl nevienodo individų pažeidžiamumo ir jautrumo, kuris priklauso nuo šalyje vyraujančių sveikatos skirtumų ir netolygumų, sveikatai įtakos turinčio veiksnio poveikis sveikatai taip pat labai skirtingas. Jautriausia sveikatos netolygumams yra ta visuomenės dalis, kuri neturi galimybių stiprinti fizinę ir socialinę aplinką. Juozulynas, Goda, Jurgelėnas, Reklaitienė (2004) pastebi, kad vienas iš svarbiausių šių problemų sprendimo organizacinių ir etinių bruožų yra socialinis teisingumas ir sveikatos santykių teisingumas, kurių užtikrinimas yra pagrindinis sveikatos politikos uždavinys.

*Apibendrinant galima būtų teigti, kad nuo visuomenės sveikatos suvokimo priklauso sveika visuomenės elgsena ir sveikatos politikos kryptys. Sveikatos sistemos valdymo kryptys priklauso nuo visuomenės socialinės raidos, individualių, sveikatai įtaką darančių veiksnių. Sveiką visuomenės elgseną lemia tikslingai formuojama sveikatos politika ir kryptingas sveikatos priežiūros sistemos valdymas, grįstas naujais valdymo būdais ir strateginiais ryšiais, supratimu apie socialinius sveikatą lemiančius veiksnius ir aktyviu visuomenės dalyvavimu.*

## **1.2.2. Sveikatos politikos įgyvendinimas**

Globalizacijos procesai, naujaisi medicinos ir inovacijų laimėjimai pagrindiniai veiksniai lemiantys gyvenimo trukmę, visuomenės senėjimą, lėtinių ligų dominavimą. Šių veiksnių pasekmė – didėjantis vyresnio amžiaus gyventojų skaičius ir gausėjantys susirgimai keliomis lėtinėmis ligomis. Šie veiksniai daro neigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemai: didėja išlaidos, sistema nebespėja pasirūpinti visais sergančiais, mažėja paslaugų kokybė ir saugumas. Ekonomiškai efektyvios

politikos, padedančios gerinti gyventojų sveikatą ir gerovę, kryptys apima vyriausybės vadovavimą ir palankią aplinką skatinantį valdymą ir visuomenės įtraukimą (Jakab, Tsouros, 2013).

Pagal Gustaitienę (2003); Jankauskienę ir Pečiūrą (2007), sveikatos politika – bendras sveikatos priežiūros sistemos valdytojų ir suinteresuotų šalių susitarimas dėl aktualių nacionalinių sveikatos klausimų sprendimo, strategijos – sveikatos ir jos sistemos valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinta kaip valdymo funkcija siekiant gerų visuomenės sveikatos rodiklių ir pripažįstant sveikatą socialine ir ekonomine vertybe. Javtokas (2009) pateikia holistinę sveikatos politikos supratimą, pagal kurią sveikatos politikos pagrindas – asmens ir visuomenės sveikatos stiprinimas. Leonavičius ir Večorskytė (2018) pažymi, kad sveikatos politika ir jos pasekmės siejamos su institucijų, plėtojančių sveikatos priežiūrą, struktūra ir sveikatos politikos socialinių dalyvių – esamų ir būsimų pacientų. Su valstybės formuojama sveikatos politika ir sveikatos sistemos valdymu glaudžiai susijusios tokios sąvokos kaip sveikatos suvokimas ir gyvenimo kokybė. Globalizacijos procesai keičia ne tik sveikatos suvokimą ir su tuo susijusią gyvenimo kokybę. Pagrindinis sveikatos politikos uždavinys – prisitaikyti kintančių aplinkos sąlygų, įgyvendintas jis padeda priimti sprendimus valstybės ir visuomenės lygmeniu (Smilga, Janušonienė, 2007). Misevičienės (2011) nuomone, už sveikatos priežiūros sistemos valdymą atsakomybę turi prisiimti politikai. Autorė nurodo: „turėtų būti teisingai ir viešai apibrėžiami aukščiausi sveikatos politikos tikslai (sveikatos teisingumas, dėmesys žmogui, protinga visuomenės sveikatos politika, veiksminga ir atsakinga vadyba), strategijos ir sudaromi jų įgyvendinimo planai, o visos vykdomos veiklos turėtų būti veiksmingai reglamentuojamos rengiant įsakymus, nuostatus, rekomendacijas, paremtas teisės aktais ir nurodymais veiklai, taip pat turėtų būti vykdoma veiksmingo dialogo politika su kitais sektoriais“ (Misevičienė, 2011, p. 7).

Sveikatos politikos įgyvendinimas dažniausiai patikimas ministerijoms, atsakingoms už sveikatos priežiūrą šalyje. Pagal Mikulskienę, Pitrenaitę ir Jankauskienę (2014), šių ministerijų bendrosios valdymo funkcijos: strateginis valdymas, tarpsektorinis bendradarbiavimas, atskaitomybė, dėmesys sistemos modeliui, reguliavimas ir žinių valdymas. Strateginio valdymo funkcija apima sveikatos sistemos strateginės vizijos nustatymą, politikos nuostatų formulavimą, siekiant kuo geresnių visuomenės sveikatos rodiklių. Funkcijų, susijusių su tarpsektoriniu bendradarbiavimu, įgyvendinimas lemia sistemos atsakomybę ir kompleksinį požiūrį į sveikatą. Dėmesys sistemos modeliui leidžia užtikrinti darnią sveikatos sistemą ir kryptingai siekti sveikatos tikslų. Reguliavimo funkcija, derinant politines ir reguliavimo priemones, užtikrina teisėtą sveikatos priežiūros sistemos valdymą, siekiant veiklos produktyvumo. Žinių valdymo funkcija įpareigoja rinkti ir skleisti informaciją apie mokslinius tyrimus susijusius su sveikata, ieškoti mokslo įrodymų ir jais grįsti priimamus valdymo sprendimus.

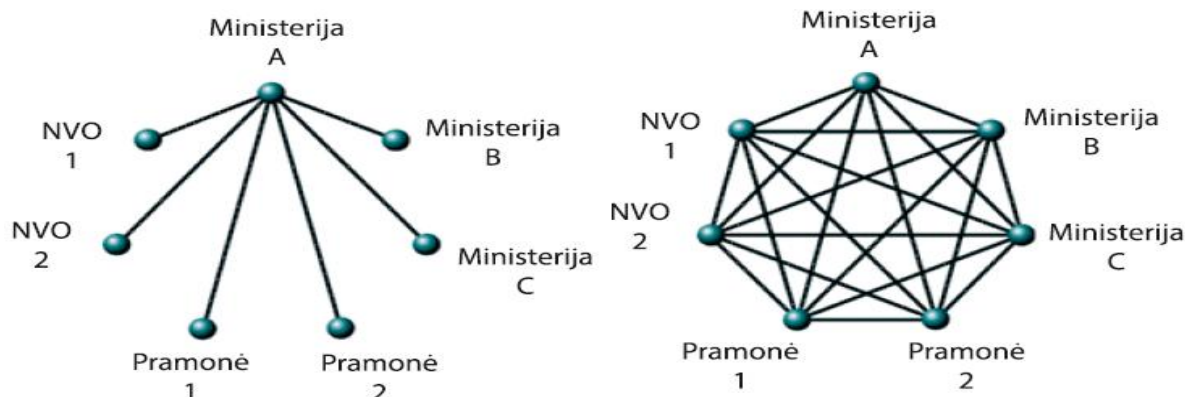
Veiksmingas šių funkcijų vykdymas lemia atsakingą politikos formavimą, racionaliai valdomus išteklius, užtikrinant kryptingą strateginių valstybės interesų, tikslų ir prioritetų vykdymą (Mikulskienė, Pitrenaitė ir Jankauskienė 2014). Sveikatos politikos turinį atspindi valdžios priimami sprendimai. Teisė aktų priėmimas neparodo sveikatos politikos įgyvendinimo sėkmės. Šio proceso sėkmė priklauso nuo sistemos, kuriai pavesta įgyvendinti politiką, efektyvaus valdymo.

Sveikatos politikos įgyvendinimas – tai valdymo sritis, kur susikerta ne tik vyriausybės ir visuomenės interesai, bet ir pramonės, mokesčių, ekonomikos, švietimo, sporto, ūkio atstovų NVO interesai. Jasaitytės ir Petronytės (2018) nuomone, NVO tapo reikšmingomis sveikatos apsaugos sektoriaus partnerėmis, kurios ne tik atstovaudamos pacientų interesus siekia svarbių klausimų įtraukimo į politinę darbotvarkę, didina visuomenės informuotumą sveikatos priežiūros klausimais, bet ir kuria skaidresnę, atskaitingesnę ir greičiau į pacientų poreikius reaguojančią sveikatos priežiūros sistemą.

Sveikatos politikos realizavimas – sudėtinga bendros šalies politikos dalis, reikalaujanti išlaikyti balansą tarp sveikatos veiksnių, socialinio, ekonomikos ir kitų sektorių, svarbiausiu laikant piliečių ir pacientų interesus. Pagal Pukinaitę (2015), analizė skirtingose šalyse rodo, kad svarbu vystyti tarpsektorinį ir tarpinstitucinį bendradarbiavimą, dalyvavimą ir atskaitomybę, palaikant sveikatos sektoriaus santykius ne tik su sektoriais ar institucijomis, su kuriais aktyviausiai bendradarbiaujama, bet labiausiai orientuojantis į sektorius, su kuriais kyla daugiausia konfliktų. Siekiant rezultatyvaus sveikatos priežiūros sistemos valdymo, pagal Poliakovienę ir Gurevičių (2011), būtinas ne tik daugiau apgalvotas požiūris į priežastinius sveikatai įtakos turinčius veiksnių ryšius, bet ir bendradarbiavimas tarp įvairių mokslo ir įvairių sektorių disciplinų specialistų. Autoriai pabrėžia, kad toks bendradarbiavimas yra labai svarbus, siekiant sukurti praktišką, grįstą mokslo įrodymais ir socialiai priimtina sveikatos priežiūros modelį (Poliakovienė, Gurevičius, 2011). Pagrindinė tarpinstitucinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo dedamoji, įgyvendinant sveikatos politiką, kurią nurodo Pukinaitė (2015), – įvairių sektorių, institucijų, piliečių, NVO, tyrimų institutų, mokslininkų dalyvavimas priimant sprendimus ir juos diegiant, taikant tinklinį bendradarbiavimą (žr. 5 pav.).

#### Vertikalaus bendradarbiavimo modelis

#### Tinklinio bendradarbiavimo modelis



**5 pav.** Santykių su institucijomis modeliai (Pukinaitė, 2015)

Pasak Pukinaitės (2015), dalyvavimas tinklo veikloje, kai bendradarbiaujama su įvairių lygmenų institucijomis, gali suteikti naujos informacijos ir patirties, prisidėti prie bendrų tikslų siekimo sveikatos sektoriuje. Tinklinis modelis leidžia įvairios srities suinteresuotoms organizacijoms bendradarbiauti bet kuria kryptimi, ieškant problemų sprendimo būdų, užtikrinant atgalinį ryšį ir pasitikėjimą. Tinkliniai ryšiai padeda siekti valdymo efektyvumo ir suteikia naują kokybę, užtikrinant strateginį valdymą (Smilga, Janušonienė, 2005), o vieno sektoriaus, kaip pagrindinio koordinatoriaus, veikla gali būti neefektyvi dėl grįžtamojo ryšio ir pasitikėjimo trūkumo.

Kitas svarbus sveikatos politikos įgyvendinimo principas – piliečių ir pacientų teisių užtikrinimas. Formuojant sveikatos politiką, piliečių ir pacientų teisės užtikrinamos ne tik per suinteresuotų šalių dalyvavimą ir įtaką priimant sprendimus, bet ir per visuotinumą ir galimybę gauti geros kokybės sveikatos priežiūrą, teisingumą ir solidarumą (Baltoji knyga, 2007). Veiksminga sveikatos politika priklauso nuo to, ar visi išvardyti visuotinumą didinantys veiksniai atsispindi ne tik formuojamoje sveikatos politikoje, bet ir tęsiama visuose valdymo lygiuose, įgyvendinant sveikatos politiką ir valdant sveikatos priežiūros sistemą. Bendra strategija – tai procesas, kurio metu visi sveikatos priežiūros sistemos dalyviai įgauna bendrą pagrindinę kryptį ir taip strategija tampa varančiąja sveikatos priežiūros sistemos valdymo jėga.

Pasaulyje daugelis gyvena ilgiau ir sveikiau negu ankstesnės kartos, tačiau vis dar yra didelių sveikatos skirtumų, kurie išvengiami sveikatos politiką grindžiant geriausiais turimais moksliniais įrodymais, gautais iš patikimų informacijos šaltinių ir mokslinių tyrimų (Baltoji knyga, 2007). Šis procesas turi remtis mokslinių tyrimų rezultatais, jų pagrindu parengtomis strategijomis ir jų įgyvendinimo modeliais (Mikelaitytė, Jankauskas, Kanapeckienė, Grigošaitienė, Muleronkaitė, Uogintaitė, 2009). Įrodymais grįsta turi būti ne tik sveikatos politika, bet ir visas sveikatos politikos įgyvendinimo procesas, kuris kartu su politikais formuoja platesnį įrodymais grįstos sveikatos priežiūros sistemos valdymą. Pasak Mikelaitytės, Jankausko, Kanapeckienės, Grigošaitienės, Muleronkaitės, Uogintaitės (2009, p. 13), „nors sveikatos politika turi būti grindžiama moksliniais įrodymais, sveikatos politikai ir administratoriai, priimdami sprendimus, dažniausiai remiasi ne moksliniais įrodymais, o trumpalaikių poreikių suformuotomis nuomonėmis arba įvairių įtakos grupių interesais“. Autoriai pastebi, kad, norint skatinti mokslinių tyrimų naudojimą priimant visuomenei svarbius sprendimus, reikia ieškoti būdų, kaip galima būtų gerinti šios informacijos prieinamumą ir efektyviau panaudoti mokslinių tyrimų įžvalgas (Mikelaitytė ir kiti, 2009).

Sveikatos politikos sprendimai priklauso nuo kiekvienos šalies politinės ir institucinės santvarkos, sociokultūrinių vertybių ir socialinės kultūros, svarbiausių konstitucinių taisyklių ir institucinių pajėgumų (Pukinaitė, 2015). Dėl partnerystės su kitais sektoriais, dalyvavimo tinkluose ir pasikeitusios sveikatos sampratos iš sveikatos sektoriaus reikalaujama lyderystės, atvirumo, įgūdžių, mokslu grįstų žinių ir vis didesnių įgaliojimų. Svarbu, kad šie siekiai ir lyderystė būtų formuojami kryptingai ir nuosekliai, atsispindėtų ne tik formuojant sveikatos politiką, bet ir valdant sveikatos priežiūros sistemą.

*Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos politika – tai bendras sveikatos sistemos atstovų susitarimas dėl asmens ir visuomenės sveikatos potencialo stiprinimo. Globalizacijos procesai keičia ne tik sveikatos suvokimą, bet ir daro įtaką sveikatos politikos kaitai. Norint sukurti visuomenei vienodas socialines ir ekonomines sąlygas, kurios užtikrintų tinkamą sveikatos priežiūrą ir jos prieinamumą visiems, formuojama sveikatos politika turi užtikrinti sveikatos skirtumų ir netolygumų mažinimą, suteikti piliečiams vienodas sąlygas didinti visuomenės narių ir suinteresuotų grupių įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros problemas ir priimant sprendimus. Svarbu, kad, kuriant veiksmingą sveikatos politiką, priimami sprendimai būtų grįsti mokslo įrodymais, juos priimant dalyvautų visi valstybės sektoriai ir visuomenės nariai, o formuojamos sveikatos politikos tikslai ir siekiai atsispindėtų ir kryptingai valdomoje sveikatos priežiūros sistemoje.*

### **1.2.3. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo principai**

Sveikatos priežiūros sistema šiuolaikinėje visuomenėje atlieka svarbų vaidmenį – padeda žmonėms išsaugoti ir gerinti sveikatą. Mokslinėje literatūroje galima rasti ne vieną sveikatos priežiūros sistemą apibūdinančią sąvoką, tačiau skirtingi autoriai šią koncepciją apibūdina remdamiesi skirtingais teiginiais. Press (1980) siūlo sveikatos priežiūros sistemą apibrėžti kaip rinkinį vertybių ir apgalvotų praktikų, paremtų viena ligos reikšmės, identifikavimo, prevencijos gydymo paradigma. Europos Komisijos komunikate (2014) sveikatos priežiūros sistemos apibrėžtos kaip sistemos, kurių tikslas – pacientams teikti sveikatos priežiūros paslaugas (prevencines, diagnostines, gydomąsias ir palaikomąsias), kuriomis, visų pirma, siekiama gerinti sveikatą. Plačiausiai sveikatos priežiūros sistemos sąvokos definicijas analizuoja medicininio pliuralizmo teoretikai. Kleinman (1980) sveikatos priežiūros sistemą prilygina specifinei kultūrinei struktūrai, formuojamai iš daugybės komponentų, tokių kaip ligos suvokimas ir atsakas į ligą, individualūs ligos išgyvenimai ar tam tikros socialinės institucijos. Autorius išskiria tris sveikatos priežiūros sistemas (sektorius):

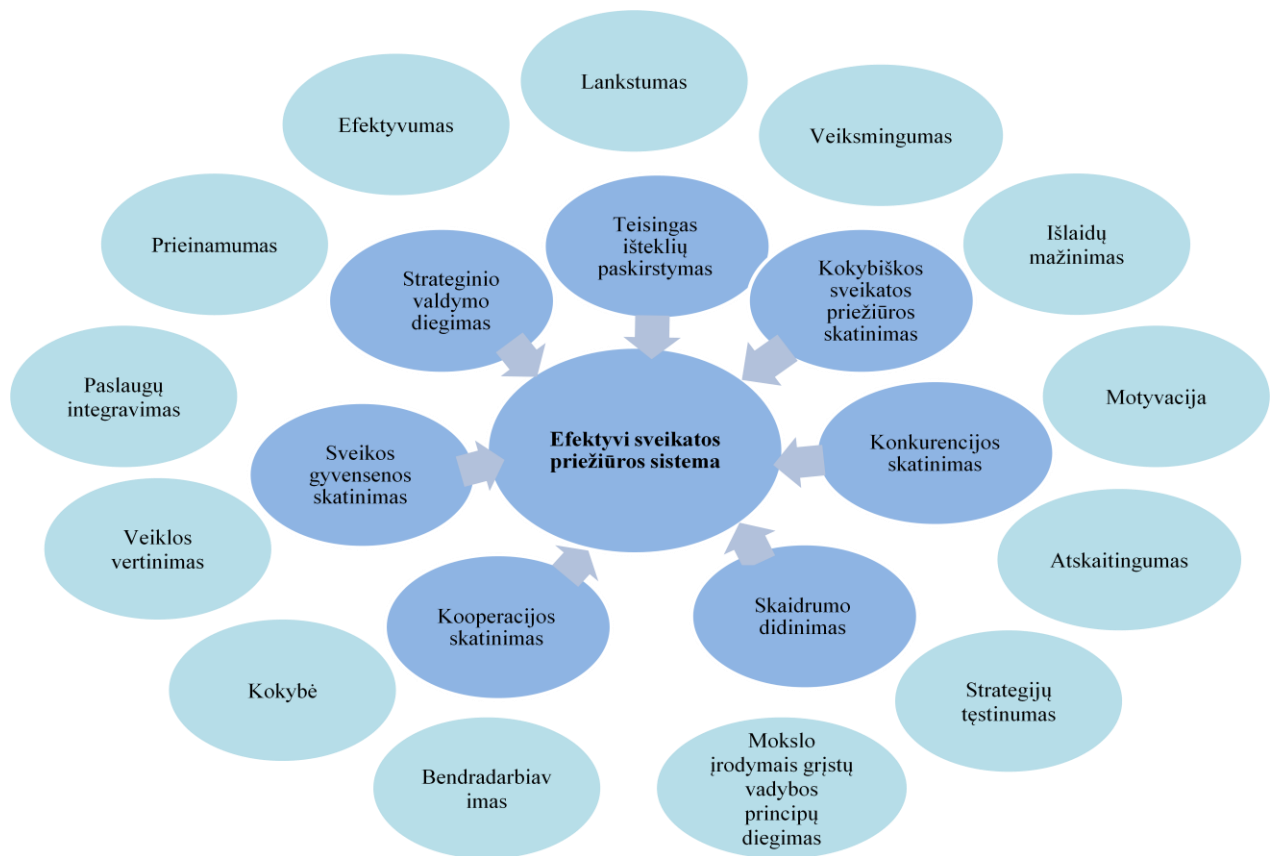
- Populiariąją, kurioje paslaugas teikia neprofesionalūs ir be specialaus pasirengimo žmonės, t. y. šis sektorius yra pirmasis žingsnis sprendžiant sveikatos problemas, nes paslaugų teikėjai dažniausiai būna patys artimiausi žmonės (giminaičiai, draugai ar bendradarbiai);
- Profesionaliąją – šioje sistemoje (sektoriuje) mokslo įrodymas grįstas sveikatos priežiūros paslaugas teikia savo srities specialistai profesionalai;
- Tradicinę (liaudies) – tai neprofesionalių, mokytų specialistų sveikatos priežiūros sistema (sektorius), kurią sudaro įvairios teikiamos paslaugos – nuo osteopatijos iki naujojo amžiaus gydymo metodų (Kleinman, 1980).

Pasak Kleinman (1980), šie sektoriai egzistuoja visose visuomenėse, tik kiekvienoje jų užima skirtingą vietą. Visose Vakarų valstybėse dominuoja profesionalusis sektorius, tai lėmė išskirtinis valstybinis rėmimas ir dėmesys šiam sektoriui (Cant, Sharma, 1999). Civilizacijos mažai paliestose visuomenėse dominuoja tradicinis sektorius (Kleinman, 1980). Leonavičius ir Večorskytė (2018) pastebi, kad nors biomedicininis sveikatos modelis užima reikšmingą vietą visų valstybių sveikatos priežiūros sistemose ir šiuo modeliu grindžiama tolimesnė sveikatos sistemos plėtra, tačiau šio modelio neužtenka siekiant suprasti sveikatos pokyčius ir mažinti sergamumo ir mirtingumo rodiklius. Šių rodiklių mažinimas – vienas iš pagrindinių šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos siekių, kurio įgyvendinimas galimas sprendžiant dominuojančias sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas ir taip kuriant efektyviai valdomą sveikatos priežiūros sistemą.

Sveikatos priežiūros sistemos, kaip ir viso viešojo sektoriaus, efektyvesnę veiklą sąlygoja sistemingai pertvarkomas sveikatos priežiūros sistemos valdymas (Osborne, 1992; cit. iš Raipa ir kiti, 2017). Pagrindinis efektyviai valdomos sveikatos priežiūros sistemos tikslas – ženkliai pagerinti visuomenės sveikatą ir su tuo susijusią gerovę, sumažinti nelygybę ir sveikatos skirtumus, užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamą, teikiant universalias, teisingas ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas (Health 2020, WHO). Šis tikslas suponuoja reikalavimus sveikatos priežiūros sistemai, nuo kurios priklauso visuomenės gerovė ir gyvenimo kokybė (žr. 6 pav.).

Sveikatos priežiūros sistemos turėtų būti grindžiamos universalumo, galimybės gauti geros kokybės sveikatos priežiūrą, teisingumo ir solidarumo principais, turėtų padėti gyventi ne tik ilgiau, bet ir sveikiau (ES komunikatas, 2014). Raipos su bendraautoriais (2017) nuomone, efektyviai valdoma sveikatos priežiūros sistema turi tenkinti šiuos reikalavimus: skatinti kokybišką (prieinamą, saugų, tinkamą, efektyvų, veiksmingą, kt.) sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, užtikrinti teisingą išteklių paskirstymą, skatinti konkurenciją tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, didinti sveikatos sistemos skaidrumą, skatinti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kooperaciją ir integraciją, skatinti racionalų sveikatos priežiūros ribotų išteklių naudojimą, skatinti sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą, ligų prevenciją ir ankstyvą diagnostiką. Teisingas išteklių paskirstymas gali būti užtikrinamas, už teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas mokant atsižvelgiant į suteiktų paslaugų kokybę ir rezultatus. Taip didinant konkurenciją ir skatinant veiklos rezultatyvumą ir efektyvumą, motyvuojant sveikatos priežiūros sistemos dalyvius skaidrumo, veiklą vykdant mokslo įrodymais grįstais valdymo principais, užtikrinant sveikatos priežiūros veiklos tęstinumą.

Naudojantis mokslinėje literatūroje teikiama susistemintais reikalavimais sveikatos priežiūros sistemoms, galima sudaryti efektyviai valdomos sveikatos priežiūros sistemos modelį, kuris apima labai platų spektrą reikalavimų (žr. 6 pav.), ir išskirti pagrindinius elementus, kurie apibūdina efektyviai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą.



6 pav. Efektyvios sveikatos priežiūros sistemos modelis

**Kokybiška sveikatos priežiūra.** Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir gerinimas – kiekvienos sveikatos priežiūros sistemos siekis, ypač pabrėžiant sveikatos priežiūros prieinamumą, lankstumą, tęstinumą, veiksmingumą ir efektyvumą.

Sriubas (2013) teigia, kad kokybės sąvoka atskleidžiama trimis komponentais:

- **Struktūra.** Struktūra, tai sveikatos priežiūros paslaugoms teikti būtini išteklių, tokie kaip patalpos, žmonės, technologinė įranga, įrankiai (Janušonis, 2012), reikiamos kvalifikacijos specialistai ir geras komunikacijos tarp specialistų mechanizmas (Testimony, 2009; cit. iš Sriubas, 2013) ir glaudžiai susiję su šių išteklių kiekiu, sveikatą lemiantys veiksniai (Smilga, Janušonienė, 2005);
- **Procesas.** Proceso dimensija, pasak Sriubo (2013), yra organizacinę veiklą apibūdinantis matas, užtikrinantis reikiamų procedūrų tinkamą atlikimą ir kokybiškų paslaugų teikimą (Sriubas, 2013). Procesai struktūrinius veiksnius ir išteklius paverčia sveikatos rezultatais, todėl procese labai svarbi prevencija ir pacientų švietimas (Smilga, Janušonienė, 2005);
- **Rezultatas.** Galutinį sveikatos rezultatą rodo gydymo rezultatai: gyventojų mirtingumo, gyvenimo trukmės ir gyvenimo kokybės rodikliai. Smilgos ir Janušonienės (2005) nuomone, gydymo rezultatus svarbu įvertinti holistiniu požiūriu, žmogų matant kaip visumą, pabrėžiant ne tik ligų gydymą, bet ir sveikatos išsaugojimą, suvokiant, kad sveikatos rezultatą lemia ne tik sveikatos priežiūros sistema, bet ir kitos socialinės investicijos jų tarpusavio ryšiai, leidžiantys praplėsti rezultatų visumą ir turinį.

Anot Sriubo (2013), kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos gali būti tik prieinamos, kurių siekiant būtina nuolat vertinti teikiamas paslaugas ir jų poreikį. Sveikatos priežiūros laukimo laiką lemia

įvairios priežastys, tarp kurių gali būti nepakankamas ar neracionalus išteklių paskirstymas arba sveikatos priežiūros sistemai svarbius sprendimus priimančių asmenų pasirinkimas, vykdyti aktyvų sveikatos priežiūros sistemos valdymą (EK, 2018). Su sveikatos priežiūros prieinamumu susijusių kliūčių gali kilti dėl sveikatos priežiūros infrastruktūros ir sveikatos srities specialistų trūkumo.

Pagal Sriubą (2013), sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas matuojamas pasitelkiant tris kriterijus: laiką, per kurį gaunama paslauga, paslaugos tinkamumą geografiniu ir medicininiu poreikiu. Jankauskienė (2009) sveikatos priežiūros sistemos prieinamumą siūlo matuoti organizacine, komunikacine ir ekonomine prasme. Pasak autorės, organizacinio prieinamumo tyrimuose visada žiūrima, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų [SPI] infrastruktūra kaimiškose vietovėse ir savivaldybėse, koks prieinamumas pagal paslaugų rūšis, ir pagal prioritetines paslaugas kurių prieinamumo užtikrinimą reglamentuoja teisės aktai (Jankauskienė, 2009). Komunikacinis prieinamumas matuojamas atstumu iki artimiausios SPI, vertinant ar patogus susisiektis naudojantis viešuoju transportu, kaip valstybė užtikrina tinkamą SPI tinklą ir kaip pasiekiamas geografiniu požiūriu. Ekonominis prieinamumas matuojamas lyginant, kiek tenka gyventojams mokėti ar primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas (Jankauskienė, 2009), kaip valstybė užtikrina sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimą. Astromskės (2018) nuomone, sveikatos priežiūros prieinamumas siejamas tiek su organizacijos lygmens veiklos vadyba, tiek su valstybės politika planuojant išteklius ir nustatant teisinio reguliavimo apimtį. Autorė teigia, kad prieinamumas ir kokybė tarpusavyje susijusios sąvokos, nes prieinamumo kriterijai (sveikatos priežiūra prieinama laiku, prieinama geografiškai ir teikiama turint pakankamų gebėjimų išteklių) dažnai atskleidžiami per kokybės kriterijus ir su jais susijusius reikalavimus.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti svarbus ne tik prieinamumas, paslaugų saugumas, veiksmingumas, bet ir požiūris į pacientą. Tokios paslaugos teikiamos atsižvelgiant į individualius ir visuomenės lūkesčius. Vienas iš rodiklių, dažnai naudojamų siekiant parodyti kliūtis kokybiškoms sveikatos priežiūros paslaugoms – tai pacientų nurodyti nepatenkinti poreikiai (EK, 2018). Pacientų suvokiama kokybė apima jų lūkesčius, ko jie tikisi iš sveikatos priežiūros sistemos. Laiku suteiktos paslaugos patenkina pacientų lūkesčius, gerina jų sveikatos būklę ir mažina komplikacijų ir gretutinių susirgimų mastą. Ministerijos turėtų kompleksiskai vertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, paslaugų prieinamumo gerinimo rodiklius, prieinamumą trikdančius veiksnius ir pacientų nuomonę apie patenkintus jų lūkesčius.

Siekiant efektyvios sveikatos priežiūros sistemos neužtenka tik šiuolaikinį požiūrį atitinkančių integruotų sveikatos priežiūros paslaugų, svarbu jas teikti tokiu būdu, kuris būtų efektyviausias ir naudingiausias paslaugų gavėjui. Šiuolaikinis holistinis požiūris į sveikatą lemia, kad integruota sveikatos priežiūra neturi apsiriboti tik integruotų paslaugų teikimu, ji turi užtikrinti dvasinės ir socialinės būsenos palaikymą. Vienas iš palankiausiai vertinamų sprendimų, vis aktyviau taikomų siekiant efektyvaus šiuolaikiško sveikatos priežiūros sistemos valdymo, – į pacientą orientuota sveikatos priežiūra.

Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo kryptys ir procesai turi būti sutelkti paciento poreikiams tenkinti (PSO, 2016). Pagal Kudukytę-Gasperę ir Jankauskienę (2014, p. 118), „užtikrinant žmogaus poreikius atitinkantį integruotą, įrodymais grįstą paslaugų teikimą, sveikatos priežiūros sistemos pirmiausia turi tenkinti sąlygą: tinkamos ir reikalingos paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje tinkamu laiku, t. y. koordinuojant paslaugų teikimo procesą taip, kad būtų tenkinami objektyvūs, individualūs individo poreikiai reikiamu metu“. Pacientų poreikius tenkinti sutelkta

sveikatos priežiūros sistema – privalumas, norint sukurti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą, kuri sugebėtų suvaldyti jai keliamus iššūkius. Tai bendradarbiavimu grįstas paslaugų formavimo būdas, kuriame į sveikatos priežiūros valdymo procesus įtraukiamos visos suinteresuotos pusės (pacientai, jų artimieji, bendruomenės), sukuriant patikimą ir prieinamą sveikatos priežiūros sistemą, kuri apima kompleksinius pacientų poreikius.

**Teisingas išteklių paskirstymas.** Išlaidos sveikatos priežiūrai ateityje tik didės. Pagrindiniai šių išlaidų didėjimą skatinantys veiksniai yra šie:

- Didėjančios pajamos ir didėjantys lūkesčiai, susiję su aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis;
- Visuomenės senėjimas;
- Technologinė pažanga (EK, 2017).

Sveikatos priežiūros sistema gali įgyvendinti jai keliamus tikslus tik tada, kai turi pakankamai išteklių, užtikrinant, kad sveikatos finansai ir kiti ištekliai bus naudojami kuo efektyviau. Smilgos ir Janušonienės (2005) nuomone, sveikatos priežiūros sistemos finansavimas turi būti orientuotas į rezultatus, išteklius gydymo įstaigoms paskirstant atsižvelgiant ne į gydymo proceso tarpinius rezultatus, bet į galutinius rezultatus. Anot autorių, teisingas išteklių paskirstymas, atsakomybė ir į rezultatus orientuotas gydymas pasiekiamas stebint kiekvieną buvusį pacientą (Smilga, Janušonienė, 2005). Formuojant naujus sveikatos priežiūros organizavimo modelius, plintant naujiems socialiniams, kultūriniais ir ideologiniams stereotipams, kintant asmens sveikatos priežiūros organizacijų vertybių sistemoms ir įsigalint ilgalaikėms transformacijų tendencijoms, viešojo sektoriaus kokybiniai valdymo parametrai, modernizacija ir inovatyvumo lygmuo sveikatos sektoriuje tampa esminiais veiksniais, lemiančiais sveikatos sistemos viešojo valdymo pokyčių raidos rezultatyvumą ir efektyvumą (Raipa ir kiti, 2017).

**Sveikatos sistemos skaidrumas.** Misevičienė (2011) teigia, kad sveikatos priežiūros sistemos valdymas turi būti paremtas teisiniu, finansiniu auditu, viešomis ataskaitomis apie išlaidas ir finansų panaudojimą. Svarbu sukurti sveikatos paslaugų teikėjų atskaitomybės apie teikiamų paslaugų prieinamumą ir kokybę mechanizmus, užtikrinant, kad būtų įsiklausoma į paciento nuomonę (Misevičienė, 2011). Gyventojų galimybę pasinaudoti sveikatos priežiūros sistemos teikiamomis paslaugomis didina tinkamas informavimas. Visuomenei turi būti sudarytos sąlygos gauti ne epizodinę, bet išsamią informaciją apie sveikatos priežiūros sistemą ir vykdomas programas. Informavimo procesas turi vykti bendradarbiaujant tarp institucijų ir sektorių, nenutrūkstamai, o informacija turi būti lengvai prieinama ir suprantama įvairioms visuomenės grupėms. Esminiais viešojo valdymo pokyčių tikslais tampantys jungiamieji rodikliai, procesai, orientuoti į šio sektoriaus veiklos formų ir procedūrų standartizavimą, reikalauja politinės paramos, aukščiausių valdymo institucijų, akademinų struktūrų atstovų aktyvaus įsitraukimo į partnerystės programų ir projektų rengimą, informacinių technologijų galimybių išnaudojimą, vertinimo kriterijų kontrolės metodikų tobulinimą, siekiant įtvirtinti veiklos viešumo ir skaidrumo principus skatinančius mechanizmus (Raipa ir kiti, 2017).

**Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kooperacija ir integracija.** Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė (2014) pastebi, kad siekiant prisitaikyti prie kintančios demografinės ir epidemiologinės aplinkos, riekėtų perorientuoti sveikatos priežiūros sistemų valdymą, pabrėžiant ligų prevenciją, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybės gerinimą, integruojant paslaugų teikimą užtikrinant sveikatos priežiūros tęstinumą.



Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos dažniausiai siejamos su šiuolaikiniu sveikatos priežiūros paslaugų valdymu ir globaliomis sveikatos tendencijomis: smarkiai senėjančia populiacija, lėtinių ligų dominavimu, skatinančiu koordinuotų paslaugų poreikį. Sveikatos paslaugų integracija tapo prioritetu daugelyje šalių, siekiant optimizuoti neefektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą ir efektyviau reaguoti į pacientų poreikius (Vázquez ir kt., 2009). Įvairūs autoriai pažymi ne vieną sveikatos priežiūros sistemų integracijos privalumą: sumažėjusios išlaidos, pagerėjusi paslaugų kokybė ir prieinamumas, efektyvesnis išlaidų panaudojimas, padidėjęs pasitenkinimas paslaugomis (Burokienė, Kiselienė, Usonis, 2014; Curtis, Christian, 2012; Petronytė, Kanapeckienė, 2014; Blount ir kt., 2007). Diegiant integruotą sveikatos priežiūrą mažėja paslaugų dubliavimas ir mažėja sąnaudos, nes integruotų paslaugų organizavimo metu nustatomos reikalingiausios paslaugos, kurios teikiamos pacientui priimtinausiu būdu (Lloyd, Wait, 2005).

Poliakovienė ir Gurevičius (2011), analizuodami integracijos lygmenis, nurodo Delmoij (2002) su bendraautoriais apibrėžtus lygmenis: makro-, mezo-, mikro-. Anot minėtų autorių, funkcinė integracija vyksta makro- lygmeniu ir apima visą gydymo, priežiūros prevencijos finansavimą ir reguliavimą. Mezo-, arba dar bendruomeninis, lygmuo apima organizacinę arba specialistų integraciją, kuris skatina sveikatos priežiūros specialistus dirbti komandoje. Mikro-, arba klinikinė, integracija skatina sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, kooperaciją ir ryšius (Poliakovienė, Gurevičius, 2011). Koordinuotas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas priklauso nuo paslaugas teikiančių organizacijų optimalaus tinklo efektyvaus valdymo visuose sveikatos priežiūros sistemos lygmenyse. Todėl, užtikrinant paslaugų tęstinumą reikia diegti integruotą sveikatos priežiūrą ir koordinuotai organizuoti paslaugas įvairiais lygmenimis (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

Silva ir kt. (2008) patvirtina, kad paslaugų prieinamumą ir kokybę padeda užtikrinti integruota sveikatos priežiūra užtikrina, kaip ir išvengti komplikacijų ir sutrumpinti hospitalizacijos laiką ir mažinti sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudas. Integruotos sveikatos priežiūros užtikrinimas yra sudėtingas, todėl susiduriama su įvairiais iššūkiais, kurie stabdo integruotų paslaugų diegimą (žr. 2 lent.).

**2 lentelė.** Integruotos sveikatos priežiūros sistemos trukdžiai ir jų sprendimo būdai (Wolfe, 2013)

<b>Integruotos sveikatos sistemos</b>	
<b>įdiegimo trukdžiai</b>	<b>įdiegimo trukdžių sprendimo būdai</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sveikatos priežiūros specialistų požiūris, paremtas asmeniniais interesais, – „tai mano pacientas“</li> <li>• Organizacijų kultūra, prioritetų pasirinkimas („ūmios būklės svarbiausia“), nepasitikėjimas („nori mane kontroliuoti?“)</li> <li>• Paslaugų fragmentacija (skirtingos specialistų įstaigos, darbo valandos, elektroninės sistemos)</li> <li>• Neaiškios kompetencijų ribos („tai ne mano darbas“);</li> <li>• Nepakankama informacija apie pacientą ir jam suteiktas paslaugas</li> <li>• Skirtingos apmokėjimo sistemos ligoninėms, konsultantams ir pirminės priežiūros įstaigoms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipri lyderystė, tikslai, išaiškinti visiems paslaugų teikėjams</li> <li>• Galimybės ir išteklių dirbti kartu</li> <li>• Organizacijų ir paslaugų integracija į vieną sistemą (pavyzdžiui, sutarčių pagrindu), suteikianti galimybę specialistams dirbti kartu, dalytis sveikatos priežiūros ištekliais pacientų labui</li> <li>• Klasterių tipo organizacinės struktūros</li> <li>• Darbuotojų motyvavimas, jaunų specialistų pritraukimas</li> <li>• Sveikatos priežiūros įstaigos greta viena kitos</li> <li>• Ligų valdymo programos</li> <li>• Viena elektroninė sveikatos sistema</li> <li>• Dažni komandos susirinkimai</li> <li>• Investicijos į duomenų rinkimą ir analizę</li> <li>• Gyventojų poreikių vertinimas ir atitinkamų paslaugų planavimas</li> <li>• Bendro finansavimo mechanizmai</li> </ul>

Kaip teikiama 2 lentelėje, integruotos sveikatos priežiūros diegimo trukdžiais gali būti įvardijami sveikatos priežiūros specialistų požiūris, organizacijų kultūra, prioritetų pasirinkimas ir nepasitikėjimas, neaiškios kompetencijų ribos, informacijos nepakankamumas, finansavimo trikdžiai. Šiems trukdžiams šalinti gali būti pasitelkiama stipri lyderystė, aiškūs tikslai visiems paslaugų teikėjams, darbas komandoje, optimalus įstaigų tinklas, klasterinės veiklos organizavimas, gyventojų poreikių vertinimas ir pan. Nepaisant trukdžių ir iššūkių visoje Europoje daugėja atvejų diegiant šiuolaikinį požiūrį atitinkančias integruotas sveikatos priežiūros paslaugas (Kudukytė-Gasperė, Jankauskienė, 2014).

**Žinių valdymas įrodymais grįstoje sveikatos priežiūros sistemoje.** Siekiant šiuolaikiškai ir efektyviai valdyti sveikatos priežiūros sistemą, svarbus žinių valdymas ir įrodymais grįsta sveikatos priežiūros sistema. Įrodymais grįstą valdymą lemia greita technologijų plėtra, naujos žinios, sveikatos priežiūros sąnaudų ir pacientų lūkesčių didėjimas, išteklių ribotumas (Šatrauskienė ir kt., 2016). Žiniomis grįstas valdymas yra sudėtingas ir reikalauja daugiau atsakomybės. Įrodymais grįsta sveikatos priežiūros sistema – tai sprendimų priėmimas pasitelkiant kritinį įvertinimą ir geriausius prieinamus mokslinius šaltinius, klinikinę patirtį ir geriausių sisteminių mokslinių tyrimų įrodymus.

Pasak Šatrauskienės ir kitų autorių (2016), valdant sveikatos priežiūros sistemą turi būti ieškoma valdymo įrodymų šaltinių, sudarant sąlygas valdyme dalyvaujančioms organizacijoms šiuos žinių šaltinius naudoti vykdant veiklą, ir tai skatinti. Žinių valdymas, pagal Bubnių ir Ruževičių (2010), – tai sisteminis požiūris į informaciją, susijusią su teikiamomis paslaugomis, apimantis informaciją apie inovatyvius gydymo metodus, vaistų ir technologijų naujoves, sisteminius valdymo pokyčius paslaugų kokybei gerinti. Svarbu, kad informacija apie sveikatos sistemos iššūkius ir aplinką (politinę, socialinę, ekonominę, fizinę), būtų tiksli, teisinga ir savalaikė (Misevičienė, 2011). Žiniomis ir įrodymais grįstas sveikatos priežiūros valdymas reikalauja didesnių sugebėjimų ir pastangų, reikalauja daugiau atsakomybės ir viešumo.

Pukinaitė (2015), analizuodama tarpsektorinį bendradarbiavimą ir remdamasi Gagnono ir Kouri, teigia, kad tarpsektorinėse iniciatyvose pagrindinis dalyvavimą skatinantis veiksnys turėtų būti sveikatos sektoriaus žinios, pritaikytos ir skirtos plačiai visuomenei. Baltojoje knygoje (2007) pateikiamos dvi įrodymais grįstos politikos ir valdymo, žinių grupės, kuriomis gali būti užtikrinamas įrodymais grįstas valdymas:

1. Mokslinių tyrimų įrodymai. Tai informacija gauta iš mokslinių tyrimų, numatančių priežastingumą ir teorinius duomenis apie tai, kas veikia. Svarbu, kad žinias būtų teikiamos tokia forma, kokia politikos formuotojai galėtų jomis pasinaudoti.
2. Profesionalų ir institucijų patirtis. Tai žinios, sufokusuotos į tai, kas veikia praktiniame politikos formavime.

Pagrindinis šių žinių formų bruožas – tikslumas ir apibrėžtumas, grįstas informacijos rinkimu ir skleidimu, analize ir apibendrinimu, profesionalų patirties sklaida, siekiant, kad su sveikatos tyrimais susijusi informacija pasiektų kiekvieną sveikatos priežiūros sistemos dalyvį. Įrodymais laikomi mokslinių tyrimų duomenys ir praktinės patirties žinios, kurios ilgametėje patirtyje tampa svarios ir svarbios, kad šiais įrodymais būtų vadovaujama priimant valdymo sprendimus ir sprendžiant valdymo problemas.

**Bendradarbiavimas.** Petronytė, Aguonytė, Valintėlienė ir Stankūnas (2016); Mikulskienė ir kt. (2014) pastebi, kad bendradarbiavimas ruošiant sprendimus turi būti įprasta ministerijų praktika, o

darbas su suinteresuotaisiais – dalyvavimu grįstos demokratijos garantas. Šiam garantui užtikrinti autoriai siūlo darbo grupes, kurios formuojamos konkrečioms politikos klausimams aptarti ar spręsti, į jų veiklą įtraukiant ne tik sveikatos apsaugos ministerijas [SAM] reprezentuojančius dalyvius (Mikulskienė ir kt., 2014). Mikulskienė ir kt. (2014) priežastis, dėl kurių gali būti buriamos grupės, suskirstė į vidines, kurios veikia kaip vidinės nehierarchinės (horizontalios) komunikacijos priemonės, ir išorines, veikiančias kaip tarporganizacinės komunikacijos priemonės arba bendradarbiavimo su suinteresuotomis priemonėmis būdas. Išorinė darbo grupių būrimo priežastis gali būti tiesioginė priemonė užtikrinti aktyvesnę ir skaidresnę visuomenės dalyvavimą formuojant sveikatos politiką ir kartu valdant sveikatos sistemą, jeigu į darbo grupes būtų kviečiamos konkrečiais sprendimais suinteresuotos pusės, tiek tiesiogiai valdyje dalyvaujantys, tiek visuomenės ar NVO atstovai, atstovaujantys viešąjį interesą. Darbo grupė, kaip organizacinė priemonė, atlieka pagrindines organizacines funkcijas ir užtikrina strateginių, sudėtingų klausimų sprendimo galimybes, formuojant sveikatos politiką ir sprendžiant problemas, susijusias su sveikatos priežiūra (Mikulskienė ir kt., 2014). Mcqueeno su bendraautoriais (2012) nuomone, efektyvaus tarpsektorinio bendradarbiavimo skatinimo prielaidos: politinė valia, partnerystė ir suinteresuotųjų grupių įtraukimas, lyderystė, sveikatos klausimų politinis reikšmingumas ir jų sprendimas laiku, politinės aplinkybės ir finansiniai ištekliai (cit. iš Petronytė ir kt., 2016).

**Sveikos gyvensenos skatinimas.** Siekiant efektyvios sveikatos priežiūros sistemos, Misevičienės (2011) nuomone, itin svarbu skatinti sveiką gyvenseną ir mažinti sveikatos netolygumus, didinant sveikos gyvenimo trukmės metų skaičių ir propaguojant sveiką gyvenseną. Sveika gyvensena – viena visuomenės sveikatos priežiūros sričių, apimančių visuomenės sveikatos stiprinimą, sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenseną sklaidimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą. Skatinant prevenciją sveikatos priežiūros srityje, sąmoningumo didinimas yra esminis veiksnys, siekiant mąstymo permainų, skatinant pacientų ir šeimų, sveikatos priežiūros specialistų komandų, bendruomenių, politikų įsipareigojimus ir veiklas (Poliakovienė, Gurevičius, 2011). Siekiant vykdyti efektyvų visuomenės sveikatos stiprinimą šalies mastu, turi būti vykdomos programos skatinančios sveiką elgseną, periodiškai vertinant pasiektus rezultatus ir šių programų poveikį visuomenės elgsenai, šiuos vertinimus naudoti planuojant tolimesnę veiklą ir skirstant išteklius.

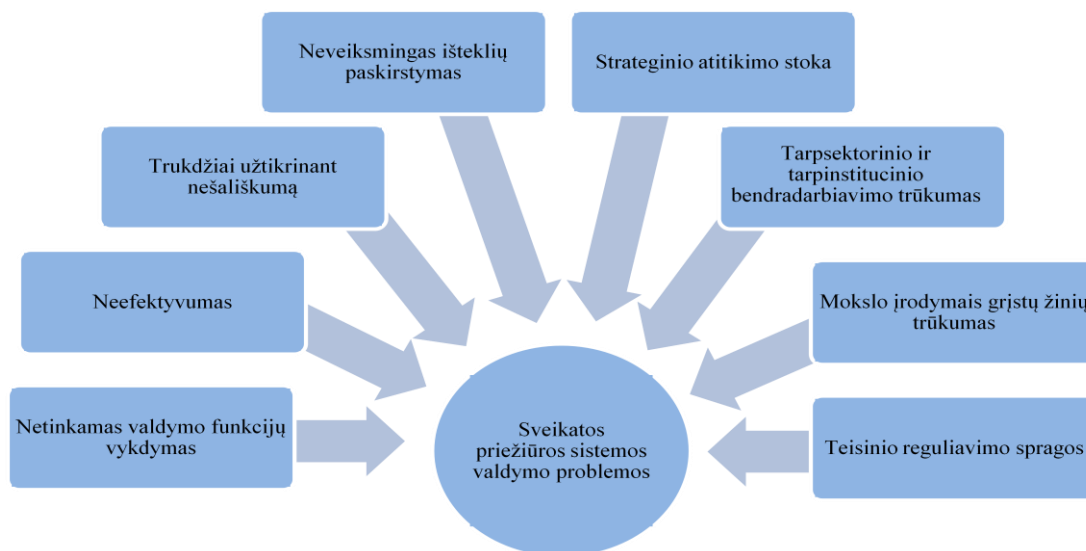
**Strateginis valdymas.** Strateginis sveikatos priežiūros sistemos valdymas, pagal Mikulskienę ir bendraautorius (2014), – tai sveikatos priežiūros vizijos nustatymas ir strategijos rengimas, politinių nuostatų formulavimas, siekiant geresnių sveikatos rodiklių. Strateginiu valdymu užtikrinamas procesų suvokimas ir įvertinimas, technologinių ir socialinių pokyčių valdymas (Smilga, Janušonienė, 2005). Efektyviai valdomos sveikatos priežiūros strateginės kryptys neturi apsiriboti tik sveikatos sektoriumi. Sveikatos sistemos strategijos kūrimas turi sujungti ekonomikos, socialinės, švietimo ir sveikatos apsaugos sferas (Raipa, Čepuraitė, 2017), nes už sveikatos priežiūros sistemos veiklą būtina kolegiali atsakomybė. Šią atsakomybę, Raipos ir Čepuraitės (2017) nuomone, turi pasidalyti sveikatos sistemos politikos formuotojai, jos įgyvendintojai ir šios sistemos paslaugų vartotojai. Strateginio valdymo problemos turi būti sprendžiamos kompleksiskai ir integruotai. Strategiškai valdoma sveikatos priežiūros sistema padeda visoms sistemos dalims strategiškai susivienyti ir siekti bendro tikslo, rasti susitarimą su aukščiausiojo valdymo lygio komanda ir perimti šios komandos įsipareigojimus visiems žemesniems lygiams (Smilga, Janušonienė, 2007). Strateginio valdymo pagrindinis įnašas – visų sveikatos priežiūros sistemos dalyvių dėmesio sutelkimas strateginiams sveikatos priežiūros sistemos prioritetams įgyvendinti. Nepakankamas strateginio valdymo principo taikymas yra vienas pagrindinių

veiksnių, lemiančių sveikatos apsaugos sistemos neefektyvumą (Smilga, Janušonienė, 2005). Siekiant tinkamai valdyti sveikatos priežiūros sistemą, turi būti formuojami bendri ir aiškūs visai sistemai tikslai, nustatantys planuojamus rezultatus ir uždavinius, kurie užtikrintų bendrų tikslų įgyvendinimą per nustatytą laikotarpį. Visų sveikatos priežiūros sistemos valdyme dalyvaujančių institucijų tikslai turi atitikti šalies sveikatos priežiūros strateginius sveikatos politikos tikslus.

*Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros sistemos gali būti labai skirtingos, tačiau visų jų tikslas – geros kokybės, prieinama, visuomenės poreikius atitinkanti integruota, įrodymais grįsta ir strategiškai valdoma sveikatos priežiūra. Efektyviai valdoma sveikatos priežiūros sistema turi skatinti prieinamą, saugų ir veiksmingą paslaugų teikimą, užtikrinant teisingą išteklių paskirstymą, skatinant tarpsektorinį ir tarpinstitucinį bendradarbiavimą, didinant sveikatos priežiūros sektoriaus skaidrumą ir atskaitingumą. Vienas iš pagrindinių veiksnių lemiančių sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumą – nepakankamas strateginio valdymo principų taikymas. Siekiant sveikatos priežiūros sistemą valdyti veiksmingai, svarbu užtikrinti bendrų ir aiškių tikslų nustatymą ir siekimą visoje sveikatos priežiūros sistemoje. Nustatyti planuojami veiklos rezultatai turi užtikrinti bendrų sistemos tikslų įgyvendinimą, o pasiektais pasiektų rezultatų stebėseną ir analize grįsti tolimesnius sveikatos priežiūros sistemos valdymo planus.*

#### 1.2.4. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos

Sveikatos priežiūros sistema, nepriklausomai nuo jos valdymo būdo, susiduria su gausa valdymo problemų, kurios tiesiogiai susietos su pagrindinėmis šios sistemos valdymo funkcijomis: strateginiu valdymu, tarpsektoriniu bendradarbiavimu, atskaitomybe ir skaidrumu, dėmesiu sistemos modeliui, reguliavimu ir žinių valdymu (žr.7 pav.)



7 pav. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos

Siekiant sukurti ir tobulinti efektyviai veikiančią sveikatos sistemą, kuri būtų rezultatyvi, subalansuota, o valstybės investicijos atneštų piliečiams apčiuopiamą naudą, būtinas adekvatus tokios sistemos administravimas ir valdymas (Jankauskienė, 2010). Mikulskienė ir kt. (2014) pastebi, kad toks valdymas gali būti tiek centralizuotas ir realizuojamas ministerijose, tiek ir decentralizuotas, realizuojamas tokias funkcijas vykdančiose agentūrose. Viešojo valdymo funkcijas vykdančios ir sveikatos apsaugos politiką įgyvendinančios institucijos, siekdamos tinkamai ir šiuolaikiškai valdyti sveikatos priežiūros sistemą, turi užtikrinti pagrindines joms priskirtas valdymo funkcijas (Veillard ir

kt., 2011; cit. iš Mikulskienė ir kt., 2014). Dažniausiai sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos kyla iš **netinkamai vykdomų valdymo funkcijų**, neužtikrinant strateginio sveikatos priežiūros sistemos valdymo, neįtraukiant įvairių sektorių ir institucijų diegiant kompleksinį požiūrį į sveikatos priežiūros sistemą, neužtikrinant gerojo valdymo praktikos ir atskaitomybės, nepakankamai naudojant žinias ir mokslu grįstą praktiką.

Vyriausybės, formuodamos sveikatos politiką, siekia daryti įtaką piliečių sveikatai ir teikiamoms su sveikata susijusioms paslaugoms. Sveikatos politika ir sveikatos priežiūros sistema – sritys, kurios kelia didžiausius ginčus tarp visuomenės ir politikų dėl efektyvumo, priimamų sprendimų skaidrumo, korupcijos. **Sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumas** – viena iš valdymo problemų, su kuria susiduria sveikatos priežiūros sistema. Sveikatos priežiūros sistemos nepakankamas efektyvumas, netinkamas jai priskirtų funkcijų valdymas lemia daugelį egzistuojančių negatyvių reiškinių: atgyvenusi sistema nesubalansuota optimaliai patenkinti visuomenės poreikius, kelia pavojų vadinamosioms pažeidžiamoms grupėms (Smilga, Janušonienė, 2007) ir didina sveikatos netolygumus.

Pasak Jakušovaitės ir Darulio (2004), sveikatos politikos etinė norma – tai sveikatos netolygumų šalinimas nacionaliniu mastu, kuris remiasi teisėtumo ir socialinio teisingumo principu. Socialinis teisingumas sveikatos politikoje – tai lygios teisės, dėmesys labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms ir sveikatos priežiūros prieinamumas (Have, 1998; cit. iš Jakušovaitė ir Darulis, 2004). **Sveikatos netolygumai** – dar viena neefektyviai valdomos sveikatos priežiūros sistemos problema. Raipa su bendraautorais (2017) pastebi, kad dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumų regionuose ir centruose išsiskiria ryški socialinės atskirties problema.

EK (2017) sveikatos priežiūros prieinamumo, kokybės ir veiksmingumo didinimui siūlo priemones:

1. Stiprinti sveikatos puoselėjimo ir ligų prevencijos politiką: propaguoti kampanijas, per kurias supažindinama su rizikos veiksniais, kurti integruotas daug sektorių ir suinteresuotųjų subjektų apimančias iniciatyvas ir derinti finansinius planus su politikos įgyvendinimo tvarkaraščiais;
2. Didinti kokybiškos priežiūros prieinamumą trumpinant laukimo laiką ir mažinant dėl sveikatos priežiūros išlaidų tenkančią finansinę naštą, įskaitant neoficialius mokėjimus;
3. Užtikrinti tinkamo lygio priežiūrą asmenims, kuriems ji reikalinga, – didinant kokybę ir efektyvumą ir atliekant kokybės ir efektyvumo vertinimą;
4. Skatinti nepriklausomą gyvenimą, propaguoti sveikatos priežiūros ir ilgalaikės globos paslaugų teikimą namuose ir bendruomenėje, o ne institucinėje aplinkoje;
5. Propaguoti sveiką senėjimą ir atlikti lėtinėmis ligomis sergančių asmenų fizinės ir psichinės būklės blogėjimo prevenciją.

Sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumas, be aukščiau išvardytų neigiamų reiškinių, daro įtaką sveikatos problemų augimo mastui, nes neefektyvi sveikatos priežiūros sistema nesugeba spręsti esminių jos problemų, nebeatitinka siekiamų tikslų, nebetenkina vartotojų poreikių, neužtikrina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tampa ekonomiškai neefektyvi dėl per didelių sąnaudų. Pagrindinės priežastys dėl kurių kyla sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos (EK, 2018):

- Nevienodas sveikatos priežiūros prieinamumas;
- Dažnas išlaidų perviršis;
- Konkuruojantis įvairių ministerijų fiskalinis spaudimas;
- Politikos prioritetų keitimas;

- Sukčiavimas arba korupcija;
- Informacijos apie investicijų į sveikatos priežiūros sistemas, ekonominio naudingumo stoka.

Sveikatos priežiūros sistemose gali būti daug kliūčių, **trukdančių užtikrinti nešališką sveikatos priežiūros prieinamumą**, šios kliūtys apima finansinius, administracinius, geografinius, teisinius, kultūrinius ir organizacinius valdymo veiksmus (EK, 2017). Nepatenkinti medicininės priežiūros poreikiai turėtų būti vertinami atsižvelgiant į objektyvius naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis ir išlaidų sveikatos priežiūrai rodiklius, pavyzdžiui, viešųjų, privačių ir nuosavų išlaidų sveikatos priežiūrai dydį, iš kurio taip pat galima spręsti apie gyventojų finansinę apsaugą nuo rizikos, susijusios su sveikatos pablogėjimu, ir apie dabartinę naudojamą sveikatos priežiūros paslaugomis. Šiais vertinimais grįsti sveikatos priežiūros sistemos valdymą, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros prieinamumą.

Sveikatos priežiūros sistemoms dažnai kyla struktūrinių uždavinių, susijusių su **neveiksmingu išteklių paskirstymu** pagal išlaidų funkcines sritis ir jų naudojimą. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos [EBPO] vertinimu, penktadaliu sveikatos priežiūros išlaidų menkai teprisidedama prie asmenų sveikatos gerinimo, arba tokia išlaidų dalimi tam nedaroma jokio poveikio. Tokia išlaidų dalis gali lemti prastesnius sveikatos priežiūros rezultatus (EK, 2017). Sveikatos priežiūros sistemos turi mažinti išlaidas sveikatos priežiūrai, nemažinant sveikatos sistemos veiksmingumo arba nepabloginant sveikatos priežiūros rezultatų (EBPO, 2017). Visos investicijos į sveikatos priežiūrą turi būti grįstos ekonominiais skaičiavimais.

Išanalizavę sveikatos sistemos veikimo principus, Smilga ir Janušonienė (2007) įvardija vieną iš pagrindinių sveikatos sistemos neefektyvumą ir netinkamą valdymą skatinančių veiksnių – **strateginio atitikimo stoką**. Pasak Jankauskiene (2010), SAM nepajėgi išlaikyti užsibrėžtos strategijos, jei sveikatos apsaugos sistemoje dalyvaujančių organizacijų (visuomenės centrų, klinikų, ligoninių ir pan.) tikslai nederą su ministerijos tikslais. Būtina, kad visa sveikatos priežiūros sistemos organizacinė struktūra pasikeistų, atsirastų vidiniai ryšiai, tinklaveika ir strateginis atitikimas. Tikslai turi sietis su gyvenamuoju laikotarpiu: jie turi pereiti iš aukščiausiojo lygio paėiliui į kitus lygius. Tikslai gali būti koreguojami, tačiau turi išlikti – transformuotis, bet rodikliai, užduotys turi atitikti tam tikrą nustatytą lygį (Smilga, Janušonienė, 2007), taip užtikrinant tvarios ir efektyvios sveikatos priežiūros sistemos palaikymą.

Šiuolaikinis sveikatos politikos įgyvendinimas užtikrinant sveikatos politiką visose valdymo lygiuose turi remtis bendrais strateginiais tikslais ir priemonėmis ir užtikrinti tarpusavyje susijusių sveikatos priežiūros valdymo formų paiešką (Pukinaitė, 2015). Pasak Kickbusch ir Gleicher (2012), sveikatos srities valdymas turi būti pajėgus veikti tinkle – bendradarbiaudamas su įvairių lygmenų institucijomis, remtis geru tarpinstituciniu bendradarbiavimu, visos visuomenės (ne tik pacientų), viešojo, privataus, savanoriško ir NVO sektorių įsitraukimu į viešųjų politikų (sveikatos politikos) darbotvarkių sudarymą, sprendimų priėmimą ir įgyvendinimą.

Valstybės institucijos, valdydamos sveikatos priežiūros sistemą, jaučia nuolatinį ir augantį spaudimą veikti viešai, įtraukiant platesnį visuomenės ratą į sprendimų parengimo etapus, ir taip užtikrinant visuomenės ir suinteresuotų organizacijų tikslų ir lūkesčių konsolidavimą į bendrą šalies sveikatos politiką. **Tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas** – dar viena svarbi sveikatos priežiūros sistemos valdymo problema. Pasak Pukinaitės (2015), sveikatos sektorius yra tipinė tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo reikalaujanti sritis, o konkuravimas tarp

įvairių sektorių ir departamentų ir tvirtų ryšių su kitais sektoriais nebuvimas yra svarbiausia priežastis, dėl kurios nepavyksta sumažinti sveikatos netolygumų. Sveikatos politikos formuotojams ir sveikatos priežiūros sistemos valdytojams dažnai trūksta politinės lyderystės, įtraukiant ir telkiant kitus sektorius spendžiant svarbius sveikatos priežiūros sistemai klausimus. Stipri politinė ir vadybinė lyderystė įgalina inicijuoti ir įgyvendinti tarpsektorinius veiksmus, kurie efektyvūs, kai tuo pačiu metu įgyvendinami visais lygmenimis (valstybės, regiono ir vietos) ir šių lygmenų vykdoma veikla paremta politika ir teisėkūra (Barr ir kt., 2008; cit. iš Petronytė ir kt., 2016). Mokslu grįstų įrodymų apie šalyse taikomą veiksmingą tarpsektorinį bendradarbiavimą valdant sveikatos priežiūros problemas sąlygojančius veiksnius ir siekiant sveikatos lygiateisiškumo, įvairių bendradarbiavimo įrankių efektyvumo, pasak Petronytės ir kt. (2016), stinga, tačiau tarpsektorinio bendradarbiavimo taikymas sveikatos sektoriui suteikia atsakomybę už kitų politikos sektorių dienotvarkių išmanymą, tinkamų bendradarbiavimo įrankių parinkimą, įrodymais grįstų politikos strategijų ir priemonių įgyvendinimą.

Jankauskienė (2009) išskiria dar vieną sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemą – **mokslo įrodymais grįstų žinių trūkumą** priimat su sveikatos priežiūros sistemos valdymu susijusius sprendimus. Svarbu, kad sveikatos politikos sprendimus priimančios pareigūnai turėtų pakankamai mokslo įrodymais grįstų žinių, kurios leistų atsiriboti nuo politinės motyvacijos lemiamų sprendimų (Jaunkauskienė, 2009).

Dažniausiai ministerijoms vyriausybės ar parlamento pavedimu yra pavedama kurti politikai įgyvendinti reikalingus teisės aktus. Teisinio reglamentavimo kūrimo procesas yra sudėtingas ir daugiapakopis, kai teisės aktų kūrime bendradarbiaujama su vyriausybe, ministerijomis, įvairiomis institucijomis, nepamirštant į politikos kūrimo procesą įtraukti visuomenės (Mikulskienė ir kt., 2014). **Nevienodas teisinis reguliavimas ir nevienodos konkurencijos sąlygos** tarp valstybės ir privačių paslaugų teikėjų, **sprendimų priėmimas nepagrindžiant jų teisės normomis** sudaro prielaidas neefektyviai valdyti sveikatos priežiūros sistemą. SAM dominavimas vyriausybės lygiu formuojant sveikatos politikos turinį ir prisiimant pagrindinę politinę atsakomybę yra paplitęs reiškinys Europos Sąjungoje, tačiau dominavimo lygis kinta gan plačiose ribose (Ettelt, 2010; cit. iš Mikulskienė ir kt., 2014). Vertindami tokią situaciją, Mikulskienė ir kt. (2014) pastebi, kad literatūroje galima atsekti kelis požiūrius į didesnę ministerijų kontrolę formuojant sveikatos politiką: vieni sako, kad toks dominavimas veda į netinkamą mikrovaldymą, blokuoja efektyvesnę krizių valdymą, atsiranda daugiau erdvės formuoti ideologiniams sprendimams ir sudėtingiau realizuoti įrodymais grįstus sprendimus, atsiranda didesni barjerai inovacijų plėtrai ir pernelyg neproporcinga politinio konsultavimo galimybė. Kiti autoriai, atvirkščiai, tokiam dominavime išvelgia daugiau teigiamų pusių nei neigiamų (Ettelt, 2010; cit. iš Mikulskienė ir kt., 2014). Šie autoriai teigia, kad didesnė ministerijų kontrolė užtikrina didesnę atsakomybės laipsnį, garantuoja, kad tokia atsakomybė gali būti nustatyta. Pernelyg didelė ministerinė kontrolė formuojant sveikatos politiką gali lemti netinkamą sveikatos priežiūros sistemos valdymą.

Šiuolaikiškai valdomoje sveikatos priežiūros sistemoje labai svarbu sukurti geresnio reglamentavimo politiką įgyvendinančią institucinę sistemą, stiprinant šios srities administracinius gebėjimus, ir skleisti visuomenei informaciją apie geresnį šios sistemos reglamentavimą. Formuoti vientisą sveikatos politiką, gerinant teisinio reglamentavimo kokybę ir efektyvumą, – kurti ir naudoti kompleksines priemones, užtikrinančias teisės aktų stebėseną. Geresnio reglamentavimo praktikos plėtra administruojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą padėtų spręsti sveikatos priežiūros reikalingumo, efektyvumo, proporcingumo, skaidrumo, atskaitomybės ir prieinamumo problemas, su kuriomis susiduriama valdant sveikatos priežiūros sistemas.

*Apibendrinant skyrių darytina išvada, kad sveikatos priežiūros sistema neatsiejama viešosios politikos ir viešojo valdymo dalis, kuriai taikomi visi viešosios politikos ir viešojo valdymo standartai. Valdant sveikatos priežiūros sistemą svarbi socialinė visuomenės raida ir sveikatos sąvokos kaita. Gera visuomenės sveikata gali būti pasiekama jungiant individualias asmens pastangas ir sveikatos priežiūros potencialą, orientuotą ne tik į ligų ir negalavimų gydymą, bet ir į socialinius sveikatą lemiančius veiksnius, aktyvų bendradarbiavimą su visomis suinteresuotomis šalimis. Sveikatos priežiūros sistema yra lemiamas sveikatos politikos veiksnys. Todėl labai svarbu, kad formuojama sveikatos politika būtų veiksminga, grįsta mokslo įrodymais, visuomenės aktyviu dalyvavimu ir bendradarbiavimu. Kryptingai veikianti ir efektyvi sveikatos priežiūros sistema pasiekama, veiksmingai ir tikslingai formuojamą sveikatos politiką įgyvendinant visuose valdymo lygiuose. Valdymą orientuojant į kokybę, rezultatyvumą, racionalumą, skaidrumą, kooperaciją ir integraciją, bendradarbiavimą, sveikos gyvensenos skatinimą ir strateginį tęstinumą. Šių valdymo elementų netinkamas įgyvendinimas lemia sveikatos priežiūros neefektyvumą ir netinkamą jai priskirtų funkcijų vykdymą dėl ko kyla pagrindines sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas. Šių problemų pasekmė: atgyvenusi sistema nesubalansuota optimaliai patenkinti visuomenės poreikius, kelia pavojų visuomenės pažeidžiamoms grupėms, didina sveikatos netolygumus, neužtikrina paslaugų prieinamumo ir tampa ekonomiškai neefektyvi dėl per didelių sąnaudų. Sveikatos priežiūros sektorius turi būti politikos tarpininkas formuojant vientisą strategiškai orientuotą geresnio reglamentavimo sveikatos politiką, kompleksiskai sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas, lyderis ieškant racionalių kompromisų tarp įvairių sektorių ir suinteresuotų šalių, gerinant valdymo reglamentavimo kokybę ir efektyvumą, užtikinant strateginį atitikimą visame sektoriuje.*



## 2. Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų valdymo praktika

Teorinės dalies analizė ir mokslinių straipsnių gausa parodo, kad viešojo valdymo, kaip ir sveikatos priežiūros sistemos valdymo, tema jau ne vienerius metus išlieka mokslininkų tyrinėjimo objektu. Sveikata yra svarbiausia žmonių gyvenime, todėl ja turi rūpintis ne tik pats žmogus, bet ir kiekvienos šalies vyriausybė ir atsakingos institucijos, vykdydamos veiksmingą sveikatos politiką ir efektyviai valdydamos sveikatos priežiūros sistemą. Antrojoje projekto dalyje analizuojamas šiandieninis sveikatos priežiūros sistemos kontekstas, sveikatos politikos formavimo ir sveikatos priežiūros sistemos valdymo raida, valdymo galimybių pritaikymo praktiką užsienio šalyse, siekiant atskleisti pozityvius aspektus, kurio galima pritaikyti Lietuvoje sprendžiant Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas.

### 2.1. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo raida

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai paskutiniai du dešimtmečiai buvo reformų laikotarpis. Siekiant geriau suprasti sveikatos sistemos valdymo kaitą ir identifikuoti problemas, svarbu apžvelgti dabartinės Lietuvos sveikatos sistemos susiformavimo eigą.

**1990 – 2002 m.** Paskelbus nepriklausomybę, vykstantys politiniai, ekonominiai ir socialiniai pokyčiai formavo sveikatos politikos (Bartuškaitė, Butkevičienė, 2013) ir sveikatos priežiūros valdymo kryptis. Lietuvai atgavus nepriklausomybę, iš sovietinio laikotarpio turėjo paveldėjusi socialistinę sveikatos sistemą, vadinamą jos kūrėjo Semaškos vardu. Ši sistema išsiskyrė valstybiniu finansavimu ir tik valstybei priklausančiomis SPĮ. Pirminė sveikatos priežiūra [PSP] ir ligų prevencija nebuvo išplėtotą, tačiau buvo išvystytas ekstensyvus ligoninių ir kitų gydymo įstaigų tinklas. Finansavimas buvo vykdomas iš bendro socialinio draudimo biudžeto, kuris buvo bendro Sovietų Sąjungos biudžeto dalis ir rėmėsi planinės gamybos užduotimis, t.y. planuojant lovų, apsilankymų pas gydytoją skaičių ar paruošiamų gydytojų skaičių. Valstybinis socialinis draudimas buvo taikomas visiems dirbantiesiems, tačiau jie jokių įmokų nemokėjo. Socialinio draudimo funkcijas vykdė profesinės sąjungos, kurioms įnašus mokėjo įmonės, įstaigos ir organizacijos. Sveikatos priežiūros paslaugos nepriklausė nuo įmokėtų įmokų.

Pagal Bartuškaitę ir Butkevičienę (2013) senoji sveikatos priežiūros sistema pasižymėjo itin išreikšta socialinės kontrolės funkcija. Lietuvos valstybės atkūrimo laikotarpio pradžioje atsiskleidė paveldėto iš Sovietų Sąjungos biudžetinio finansavimo trūkumai: gydytojų skaičius, atsižvelgiant į gyventojų skaičių, beveik dvigubai viršijo Europos valstybių vidurkį. Pavyzdžiui, Sovietų Sąjungoje gydytojų skaičius 1.000 gyventojų išaugo nuo 1,5 (1950 m.) iki 4,2 1991 metais, o Jungtinėje Karalystėje šis rodiklis tuo metu siekė 1,6, ligoninių lovų skaičius 1.000 gyventojų per tą patį laikotarpį pakilo nuo 5,6 iki 13,1 (Jungtinėje Karalystėje 1991 metais – 5,4) (Davis 2010, cit. iš Gudžinskas, 2012).

Privačios praktikos nebuvimas sunkino ir taip sunkiai prieinamas medicininės paslaugas. Šie trūkumai skatino reformuoti sveikatos sistemą. Reformas skatino ir ekonominės sistemos kaita, blogėjančios gyvenimo sąlygos ir gyventojų sveikata, didėjantis lėtinių susirgimų skaičius, dėl to išaugusios išlaidos sveikatos priežiūrai. Nepakankamas finansavimas, per didelis ligoninių skaičius, PSP nuvertinimas ir pernelyg centralizuota valdymo sistema, lėmė komunistinių šalių sveikatos apsaugos nuolatines krizes (Gudžinskas, 2012).

**Kokybiška sveikatos priežiūra** (žr. 1.2.3 skyr., 33 p.). Permainų laikotarpiu labai svarbi tapo sveikatos paslaugų kokybė, kurios užtikrinimo elementai: prieinamumas, paslaugų saugumas,

veiksmingumas požiūris į pacientus trūkumas. Pasak Jankauskienės (2009), 1990–1998 m. atlikti moksliniai tyrimai parodė, kad visuomenė labai susirūpinusi teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Pagal 1991 metais atliktos apklausos rezultatus, vos 7 proc. gyventojų buvo patenkinti sveikatos apsaugos kokybe ir net 80 proc. pasisakė už esmines reformas šioje srityje (Lithuanian Health in Transition Report 2000, cit. iš Gudžinskas, 2012). Sveikatos priežiūros sistemos reforma, pertvarkant valdymą, buvo neišvengiama.

**Tikslingai formuojama politika** (žr. 1.2.2 skyr., 27 p.). Lietuvai 1991 m. prisijungus prie PSO, privalu buvo įsipareigoti imtis veiksmų gerinančių gyventojų sveikatą ir gerovę, mažinančių sveikatos skirtumus ir užtikrinančių veiksmingą į žmones orientuotą sveikatos priežiūros sistemą. Kryptingas sveikatos politikos formavimas pradėtas Lietuvos Respublikos Aukščiausiajai tarybai 1991 m. patvirtinus Nacionalinę sveikatos koncepciją, nustatant pagrindines sveikatos sistemos plėtojimo kryptis, aiškiai matant politinį siekį vykdyti aktyvią sveikatos priežiūros politiką, nukreiptą į PSP ir ligų profilaktikos plėtojimą. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija numatė, kad Lietuvos sveikatos sistema, per ją ir žmonių sveikata, bus valdoma trimis pagrindiniais svertais: administravimu, informacija ir finansais. Sveikatos politikos realizavimas numatytas per Lietuvos Respublikos Seimo sprendimus, kurių vykdymas koordinuojamas Vyriausybėje, o vykdymo kontrolė pavedama SAM.

**Efektyvus valdymas** (žr. 1.2.3 skyr., 33 p.). Efektyvios ir kokybiškos sveikatos priežiūros sistemos siekis realizuojamas per sisteminius ir struktūrinius pokyčius. Vykdamas struktūrinius pokyčius visos medicinos įstaigos, funkcionuojančios sveikatos sistemoje, pavedamos SAM kontrolei ir savo veiklą plėtoja valstybinės ar municipalinės medicinos įstaigų principais. Tęsiant aktyvios sveikatos politikos formavimą, nacionalinės sveikatos koncepcijos tikslams įgyvendinti Lietuvos Respublikos Seimas 1998 metais patvirtina Lietuvos sveikatos programą. Pasak Gudžinsko (2012), tai padėjo išspręsti dalį sveikatos priežiūros valdymo problemų ar jas sušvelninti: buvusios nomenklatūrinės ligoninės tapo atviros visai visuomenei, palaipsniui atnaujintos švietimo programos, prasidėjo dalinė SPI restruktūrizacija, liberalizuota ir iš esmės privatizuota vaistų rinka, pereita prie prekybos aukštesnės kokybės vaistais ir pradėtos taikyti pažangios technologijos. Taip siekta vykdyti efektyvų valdymą ir užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų turinį apibrėžiančias sąlygas: prieinamumą, veiksmingumą, racionalumą, ir orientaciją į pacientą. Tačiau išskelti reformos tikslai pradėti įgyvendinti uždelstai ir nenuosekliai.

SPI valdymo decentralizavimas pradėtas 1992 m. Didžiąją dalį SAM pavaldumo SPI perduotos į apskričių pavaldumą, kita dalis – į savivaldybių, prasidėjo antrasis valdymo decentralizavimo etapas vykęs 1997–1998 m. Po šio žingsnio buvo suformuota nauja Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos struktūra (Jankauskienė, 2009).

**Valdymo reformavimo trukdžiai** (žr. 1.1.3 skyr., 23 p.). PSP reforma iš prasidėjo tik 1999–2000 metais ir susidūrė su nemažais sunkumais. Vienas rimtesnių trukdžių – tam tikras pasipriešinimas iš vietos savivaldybių ir jų teritorijose esančių poliklinikų ir antrosios grandies ligoninių, besistengiančių išlaikyti visą specializuotos pagalbos monopolį, ypač su dideliu pasipriešinimu susidūrė privačia praktika užsiimančios šeimos gydytojai (Gudžinskas, 2012). Valdymo kaita susidūrė su reformavimo trukdžiais, dėl kurių viešojo valdymo reformos tikslai tampa sunkiai pasiekiami.

Vėlavo ligoninių tinklo optimizavimas. Nors ligoninių lovų skaičius 1991–1999 m. sumažėjo 22 proc., pačių ligoninių skaičius per tą patį laikotarpį sumažėjo tik trimis ligoninėmis (nuo 187 iki 184) (Gudžinskas, 2012). Reikia pabrėžti, kad tuo pačiu metu Lietuvos sveikatos sistema išgyveno didelę

finansinę krizę, ir, lyginant su nepriklausomybės pradžia apie 1994–1995 m., buvo finansuojama 20–30 proc. mažiau (Davis, 2010; cit. iš Gudžinskas, 2012). Mažas finansavimas lėmė sveikatos priežiūros sistemoje įsigalėjusią korupciją, vieną iš priežasčių lemiančių sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas.

**Skaidrumas ir atsakomybė** (žr. 1.2.3 skyr., 35 p.). Siekiant nustatyti sveikatos sistemos organizacinę struktūrą, sveikatingumo veiklos valdymo, koordinavimo ir kontrolės subjektus, Lietuvos Respublikos Seimas 1994 m. priėmė Sveikatos sistemos įstatymą. Šio įstatymo pagrindu atsakomybė už PSP paslaugų teikimą priskirta savivaldybėms. Vykstant valstybės valdymo reformai, mažėjo centrinių valstybės valdymo institucijų galimybė koordinuoti ir daryti įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros organizavimo klausimus, priskirtus savivaldos kompetencijai. Savivaldybės priimdavo visus su valdymu susijusius sprendimus, planuodavo teikiamų paslaugų apimtį, tai kėlė atsakomybės, valdymo ir skaidrumo problemų, ir su tuo susijusias valdymo problemas. Todėl, ypač svarbus tapo sveikatos politikos įgyvendinimo koordinavimas SAM lygyje. Šie pokyčiai susiję su 1996 m. priimtu Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, kuris nustatė SPI tipus, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, nomenklatūrą, mokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, santykius tarp SPI ir pacientų, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus. Šio teisės akto pagrindu, didžioji dalis SPI buvo reorganizuotos iš biudžetinių įstaigų į viešąsias, o PSP atskirta nuo antrinės.

Siekiant **įrodymais ir žiniomis grįsto valdymo** (žr. 1.2.3 skyr., 37 p.) ir **sveikatos sistemos skaidrumo** (žr. 1.2.3 skyr., 35 p.), suformuota nepriklausoma nuo SAM Nacionalinė sveikatos taryba, kurią sudaro aukščiausios kvalifikacijos medicinos ir kitų, susijusių su sveikatos problemų sprendimu, specialybių profesionalai. Už sveikatingumo veiklos koordinavimą paskiriamos atsakingomis: Nacionalinę sveikatos tarybą, Valstybinę psichikos sveikatos komisiją prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Valstybinę sveikatos reikalų komisiją prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Priežiūros ir kylančių valdymo problemų sprendimo tikslais įsteigta savivaldybės gydytojo pareigybė, kuri 2010 m. reorganizavus teritorinius administracinius vienetus – apskritis buvo panaikintos. 1998 m. pakeitus Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, patvirtinta nauja sveikatos priežiūros definicija, apibrėžiama dviem sąvokomis: asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra. Nustatytas pagrindinis sveikatingumo veiklos valdymo subjektas – SAM, jam pavedant įgyvendinti sveikatos politiką ir sveikatos srities valstybės valdymo funkcijas:

- Analizuoti gyventojų sveikatinimo veiklos poreikius, sveikatos būklę ir jos prognozę, sveikatos priežiūros išteklius, sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą tinkamumą ir valstybės lygmeniu planuoti sveikatinimo veiklą;
- Nustatyti pagrindines Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo kryptis ir prioritetus;
- Formuoti ir vykdyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės politiką Lietuvos gyventojų sveikatinimo srityje.

Taip buvo siekiama spręsti sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo problemą. Nes kryptingai ir strategiškai planuojama efektyvi sveikatos priežiūra, turi atitikti priimtumo, prieinamumo, veiksmingumo kriterijus.

**Sveikatos paslaugų kokybė** (žr. 1.2.3 skyr., 34 p.) Sveikatos apsaugos ministrui 1998 m. spalio 6 d. įsakymu Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ patvirtinus kokybės sistemos diegimo asmens SPI tvarką ir įpareigojus SPI diegti kokybės sistemas ir vykdyti paslaugų kokybės kontrolę,

valstybės mastu buvo pradėtos įgyvendinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reguliavimo priemonės. Sveikatos priežiūros įstaigose steigiamos medicininio audito pareigybės, taip siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybės kontrolę.

**Teisingas išteklių paskirstymas** (žr. 1.2.3 skyr., 35 p.). Privalomojo sveikatos draudimo reforma įgyvendinta 1997 m. Iki šio laikotarpio didžioji sveikatos priežiūros išlaidų dalis buvo finansuojama valstybės biudžeto lėšomis. 1991 m. įvedus socialinį draudimą, dalis valstybės biudžeto buvo skiriama sveikatos priežiūros išlaidoms kompensuoti. Vaistų iš Vakarų šalių importo augimas lėmė socialinio draudimo lėšų sveikatos priežiūrai didėjimą nuo 3 proc. 1991 m. iki 10 proc. 1995 m. viso socialinio draudimo biudžeto. Nustačius, kad dalį vaistų kainų padengia pacientas, vėliau šis šuolis siek tiek sušvelnintas, tačiau sykiu tai dar labiau paskatino diskusijas dėl būtinybės įvesti privalomąjį sveikatos draudimą (Gudžinskas, 2012). Pradėjus diegti privalomojo sveikatos draudimo sistemą, tik nedidelė dalis įmokų (20 proc.) sudarė sveikatos draudimo įmokos, didžioji dalis buvo finansuojama iš bendrų mokesčių. Privalomojo sveikatos draudimo paslaugas ir jų išlaidų kompensavimą reglamentavo 1996 m. priimtas Sveikatos draudimo įstatymas, kuris turėjo užtikrinti socialinį teisingumą šalyje.

PSDF išlaidos, 1998–2000 laikotarpiu, neviršijo plano, tačiau dėl didelio planuotų pajamų trūkumo faktinės išlaidos buvo didesnės už faktiškai gautas pajamas. Ligonių kasa vis daugiau įsiskolino gydymo įstaigoms ir vaistinėms. Pasak Gružinsko (2012), uždelstos finansavimo reformos lėmė didelę sveikatos sistemos fiskalinę krizę, sistema tapo labiau politizuota, tai trukdė priimti svarbius sprendimus, leidžiančius optimizuoti sistemą ir kelti teikiamų paslaugų kokybę.

**Bendradarbiavimas** (žr. 1.2.3 skyr., 38 p.). Sveikatos draudimo lėšoms kontroliuoti ir administruoti, įkurta Valstybinė ligonių kasa [VLK] su teritoriniais ligonių kasų padaliniais, kurie atsakingi už sutarčių dėl teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų su SPI sudarymą ir šių paslaugų iš SPI įsigijimą. Įsteigta VLK, vykdanči sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą iš PSDF buvo tiesiogiai pavaldi Vyriausybei, vėliau jos valdymas perduotas SAM. VLK įsteigimas turėjo užtikrinti glaudesnę bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų jas finansuojančių institucijų, sveikatos politikos formuotojų ir įgyvendintojų, taip užtikrinant valdymo efektyvumą ir koordinavimą.

**Teisėtumas** (žr. 1.1.1 skyr., 17 p.). Analizuojamas laikotarpis išsiskiria aktyvia įstatymų leidybos veikla. Be jau minėtų teisės aktų, buvo priimtas Valstybinio socialinio draudimo įstatymas (1991), Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas (1991 m.), Psichinės sveikatos įstatymas (1995), Alkoholio kontrolės įstatymas (1995). Nemaža dalis svarbių sveikatos sistemą reglamentuojančių teisės aktų priimti 1996 m. Priimtu Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, įtvirtinta ir užtikrinta teisė: į sveikatos priežiūrą, į sveikatos priežiūros prieinamumą, pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą, SPI, į informaciją, atsisakyti gydymo, privataus gyvenimo neliečiamumą. Medicinos praktikos įstatymas, reglamentuojantis medicinos gydytojo, gydytojo rezidento, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika sąlygas, Tabako kontrolės įstatymas ir Stomatologinės priežiūros įstatymas.

Atlikus sveikatos priežiūros sistemos valdymo pokyčių analizę, pritaikant teorinėje projekto dalyje aptartus valdymo elementus, galima teigti, kad 1990-2002 m. etapas pasižymi sisteminiiais ir struktūriniais pokyčiais, kurių siekis užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą, tobulinant ir optimizuojant valdymą, užtikrinant veiksmingą, efektyvią ir prieinamą sveikatos priežiūros sistemą. Šis laikotarpis išsiskiria aktyvia įstatymų leidybos veikla, taip siekiant užtikrinant teisingą ir nešališką sveikatos priežiūros sistemos reglamentavimą.

**2003-2013 m.** Pastarasis dešimtmetis sąlygojo sveikatos sistemos reformas, susijusias su sveikatos sistemos tinklo ir paslaugų struktūros optimizavimu ir padidėjusiais reikalavimais Lietuvai įstojus į ES.

Nagrinėjamu laikotarpiu įvyko trys sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimo etapai. Aktyvus sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas pradėtas 2003 m., parengus ir Vyriausybei patvirtinus SPĮ restruktūrizavimo strategiją, kurioje numatyta, kad restruktūrizavimas bus vykdomas dviem etapais: pirmasis etapas – 2003–2005 m., o antrasis – 2006–2008 m.

Reorganizacijos strategijomis buvo siekiama išspręsti šias **valdymo problemas**:

- Per didelė stacionarių paslaugų dalis;
- Per didelė įstaigų koncentracija miestuose, trūksta specialistų kaime;
- Kai kurių ligoninių aptarnaujamų gyventojų ir teikiamų paslaugų apimtis per maža, kad galėtų užtikrinti reikiamą paslaugų kokybę, paciento saugumą ir aukštą gydytojo kvalifikaciją;
- Nepakankama vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra, nepakankamo lygio ambulatorinės slaugos paslaugų teikimo, bendradarbiavimo tarp medicinos ir slaugos darbuotojų sistema;
- Nevisiškai užtikrinamas gydymo tęstinumas, kai pacientą reikia siųsti iš vieno paslaugų profilio SPĮ į kitą;
- Nepakankama medicininės įrangos būklė (LRV, 2003).

Įvertinus pirmojo restruktūrizacijos etapo pasiektus rezultatus ir atsižvelgus į gyventojų poreikius ir poreikį toliau tobulinti įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą, 2006 m. Vyriausybė patvirtina antrojo SPĮ restruktūrizavimo etapo strategiją. Trečiojo restruktūrizavimo etapo programa, kuri apėmė 2009–2011 m. laikotarpį, patvirtinta 2009 metais. Trečiuoju restruktūrizavimo etapu turėjo būti užbaigtas beveik aštuonerius metus trukęs sveikatos priežiūros restruktūrizavimo procesas ir pasiekti visi šiame procese numatyti tikslai. Visuose restruktūrizavimo etapų tiksluose buvo išlaikytas pirmojo etapo tikslų tęstinumas, kartu numatant naujas valdymo gerinimo priemones (žr. 3 lent.). Vienas esminių vykdomų reformų elementų – SPĮ restruktūrizacija, kurios tikslas – gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuojant SPĮ tinklą.

**Teisingas išteklių paskirstymas** (žr. 1.2.3 skyr., 34 p.). Pirmuoju restruktūrizavimo etapu (žr. 3 lent.) buvo siekiama, kad svarbiausia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų produktyvumą skatinančia priemone taptų finansavimas už atliktą darbą, užtikrinant teisingą išteklių paskirstymą. Pradėjus vykdyti reformą buvo plečiamos ambulatorinės slaugos, įskaitant pirminę sveikatos priežiūrą ir šeimos mediciną, nustatyta siuntimų išdavimo tvarka. Pagerėjo įstaigų, teikiančių stacionarias paslaugas, veikla: hospitalizacijos rodiklis 100.000 gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2 ligonio, vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų, pasiekta, kad vienas pacientas vidutiniškai ligoninėje gydytųsi 2 dienomis trumpiau, o lovos užimtumas padidėtų nuo 284 iki 308 dienų, lovos apyvarta pagerėtų nuo 28 iki 35 pacientų, stacionarių paslaugų apimtis sumažėtų 8 procentais. Pagerėjo PSP veikla: apsilankymų pas PSP gydytojus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9, ambulatorinių paslaugų padaugėjo 6 procentais. Siekiant optimizuoti ligoninių tinklą ir konsoliduoti teikiamas stacionarias paslaugas, ligoninės, kuriose teikiamų tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis negalėjo užtikrinti reikiamo šių paslaugų saugumo pacientams, uždarytos arba sujungtos. Įstaigų tinklas optimizuotas sumažinant ligoninių skaičių 22 įstaigomis, penktadaliu, arba 5000, sumažinus lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse ir įsteigus 600 dienos stacionaro vietų.

**Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kooperacija ir integracija** (žr. 1.2.3 skyr., 35 p.). Antruoju restruktūrizavimo etapu (žr. 3 lent.) buvo tęsiama ambulatorinių paslaugų plėtra, sukurta alternatyvių gydymo galimybių (įsteigti dienos stacionarai, dienos chirurgijos centrai) ir sustiprintos slaugos, ilgalaikio ir paliatyviojo gydymo paslaugos, stengtasi mažinti pernelyg didelį priklausymą nuo stacionaraus gydymo sektoriaus ir optimizuoti ligoninių teikiamų paslaugų mastą. Artiniant prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą pasiekta, kad ambulatorinių paslaugų apimtis išaugo 16,9 proc. Plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtys padidintos 15,2 proc. Optimizuojant stacionarias paslaugas, 22 proc. padidinta dienos stacionaro paslaugų apimtis, 1,9 karto dienos chirurgijos paslaugų apimtis, nors buvo įsipareigota aktyvaus gydymo stacionarių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtį sumažinti 3–5 procentais, faktiškai šis rodiklis padidėjo 1,8 procento. Gerinant GMP paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, 26,1 procento atnaujintas GMP automobilių parkas.

Smilga ir Janušonienė (2005) teigia, kad dviejų etapų sveikatos priežiūros reforma parodė, kad tikslų sistema netenkina visuomenės lūkesčių, ji tik iš dalies pagerino sveikatos apsaugos sistemos struktūrą, jos funkcionavimą, o iš esmės siekta išsaugoti buvusią sistemą, jos struktūrą ir funkcijas. Norint pakeisti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, jos raidą, būtina nauja valdymo sistema, kur būtų nustatyti ilgalaikiai ir sinerginiai tikslai, jų turinys tenkintų visuomenės poreikius (Smilga, Janušonienė, 2005). Tai parodo visuomenės nuomonė, 2008 metais atlikto visuomenės poreikių tyrimo metu 64 proc. visuomenės buvo patenkinti sveikatos paslaugų kokybe (Jankauskienė, 2009).

**Kokybiška sveikatos priežiūra** (žr. 1.2.3 skyr., 33 p.). Restruktūrizuojant paslaugas trečiuoju restruktūrizacijos etapu siekta užtikrinti (žr. 3 lent.) kokybišką sveikatos priežiūros sistemos valdymą. Šiuo laikotarpiu įstaigos skirstytos į 3 lygmenis – rajono, regiono, respublikos, pagal atitiktą kriterijams: atliekamų didžiųjų operacijų skaičius per kalendorinius metus, gimdymų skaičius per kalendorinius metus, geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės. Vertinant įstaigas numatyta atsižvelgti į naktimis atliekamų operacijų skaičių, aprūpinimą reikiamais asmens sveikatos priežiūros specialistais, įstaigos ir atskirų padalinių veiklos ekonominius-finansinius rezultatus, įstaigos aptarnavimo zonoje esančių padidinto pavojingumo ir valstybinės svarbos objektus. Nuo SPĮ skirstymo priklausė, kokias sveikatos priežiūros paslaugas SPĮ gali teikti ir kam ji priklauso. Rajono lygmens SPĮ stacionarinės chirurginės paslaugas leista teikti, jei SPĮ per metus atlieka ne mažiau kaip 660 didžiųjų operacijų, teikia akušerines paslaugas ir geografiškai SPĮ nutolusi nuo artimiausios teikiančios stacionarios chirurgijos paslaugas ligoninės daugiau kaip 50 kilometrų. Rajono SPĮ, atitinkančioms stacionarių chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimus, buvo sudarytos galimybės teikti platesnės apimties paslaugas nei toms, kurios neatitinka. Respublikos lygmens ligoninės galėjo teikti visų profilių paslaugas, išskyrus paslaugas, teikiamas tik universiteto ligoninėse. Universiteto lygmens paslaugoms priskirtos paslaugos, kurioms teikti reikia, ypač sudėtingų ir brangių technologijų, taip pat specialistų, gebančių jomis naudotis. Strategijoje taip pat numatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos iš PSDF lėšų bus apmokamos atsižvelgiant į ligoninės lygmenį.

**Bendradarbiavimas** (žr. 1.2.3 skyr., 38 p.). Nagrinėjamu laikotarpiu vyravo sektorinis požiūris į socialinių ir ekonominių problemų sprendimą. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas buvo neišplėtotas, ministerijos ir institucijos neaktyviai dalyvavo sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procese. Nepakankamas tarpinstitucinis ir tarpsektorinis bendradarbiavimas ir mažas finansavimas lėmė paslaugų dubliavimąsi, priemonių susijusių su sveikatos stiprinimu ir ligų prevencija, nenuoseklų įgyvendinimą. Tai trukdė siekti efektyvios ir veiksmingos sveikatos priežiūros sistemos.

3 lentelė. Restruktūrizavimo etapai 2003-2011 m.

	Restruktūrizavimo etapai		
	2003–2005 m	2006–2008 m	2009-2011 m.
<b>Tikslas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuojant SPI tinklą</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą ir optimaliau naudoti išteklius</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas</li> </ul>
<b>Kryptys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorinių paslaugų (ypač PSP) plėtojimas</li> <li>Stacionarių paslaugų teikimo optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra</li> <li>Medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sferos stiprinimas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PSP stiprinimas</li> <li>Pacientų srautų suregulavimas Paslaugų prieinamumo pagerinimas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas</li> <li>Stacionarių SPI tinklo optimizavimas</li> </ul>
<b>Uždaviniai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų veiklą</li> <li>Skatinti privačių SPI veiklą</li> <li>Didinti tyrimų ir gydymo paslaugų apimtį ambulatorinėse SPI</li> <li>Daugiau dėmesio skirti ligų prevencijai ir tobulinti šios veiklos finansavimo modelį</li> <li>Plėtoti specialistų teikiamas ambulatorines paslaugas</li> <li>Sukurti ilgalaikio pacientų stebėjimo sistemą</li> <li>Tobulinti PSP paslaugų apmokėjimo sistemą</li> <li>Stacionarių paslaugų apimtį ir struktūrą optimizavimas orientuojant šias paslaugas į pacientą, gydymo proceso intensyvinimą</li> <li>Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų skatinimas</li> <li>Stacionarių paslaugų ir greitosios medicinos pagalbos koordinavimas</li> <li>Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų tobulinimas</li> <li>Plėtoti ambulatorinės slaugos paciento namuose paslaugas</li> <li>Įvertinti ir plėtoti medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų poreikius, jų integravimo į visuomeninę globos sistemą galimybes, nustatyti šių paslaugų finansavimo modelį</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artinanti prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą</li> <li>Skatinanti privačių šeimos gydytojų praktiką</li> <li>Konsultacinių poliklinikų infrastruktūros ir skubios pagalbos (priėmimo) skyrių stiprinimas</li> <li>Skatinti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą</li> <li>Gerinti reabilitacijos paslaugų kokybę</li> <li>Tobulinti SPI turto valdymą</li> <li>Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą</li> <li>Optimizuoti stacionarias ir skatinti ambulatorinės reabilitacijos paslaugas</li> <li>Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų plėtojimas Gerinti GMP paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, optimizuojant šias paslaugas teikiančių įstaigų tinklą</li> <li>Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtojimas</li> <li>Plėtoti slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą</li> <li>Stiprinant mokslo ir mokymo plėtos bazę</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suformuoti efektyvesnę sveikatos priežiūros įstaigų tinklą</li> <li>Suformuoti racionalesnę sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūrą, kuri užtikrintų saugias geros kokybės paslaugas</li> <li>Stiprinti rajono lygmens ligoninių infrastruktūrą, skirtą plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas sutelkti regiono ir respublikos lygmens ligoninėse</li> <li>Įgyvendinant apskričių viršininkų administracijų naikavimo reformą, perduoti apskričių viršininkams priklausančias sveikatos priežiūros įstaigas valstybės ir savivaldybių žinion</li> <li>Sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų juridinių asmenų – sujungti įstaigas į stambesnius juridinius vienetus</li> <li>Diegti stambiausiose sveikatos priežiūros įstaigose tobulesnę kolektyvinio valdymo modelį</li> </ul>

	2003–2005 m	2006–2008 m	2009-2011 m.
<b>Kriterijai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų išdėstymą kaimo vietovėse planuoti pagal gyventojų išsidėstymo tankumą, amžiaus struktūrą, sveikatos būklės rodiklius, laiką, per kurį pacientas gali pasiekti SPĮ, transporto tinklo išvystymą, atstumą iki SPĮ ir gyventojų traukos centrus</li> <li>Stacionarias SPĮ planuoti pagal gyventojams suteiktą stacionarių paslaugų skaičių pagal savivaldybes, stacionarių paslaugų teikimo pagrįstumą konkrečių įstaigų veiklos rentabilumo rodiklius</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Labiausiai paplitusių ir nesudėtingų ligų gydymą koncentruoti arčiau paciento savivaldybės įstaigose</li> <li>Sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų, didelę pacientų koncentraciją turinčiose SPĮ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Labiausiai paplitusių ir nesudėtingų ligų gydymą koncentruoti arčiau paciento savivaldybės įstaigose</li> <li>Sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų, didelę pacientų koncentraciją turinčiose SPĮ</li> <li>Šalia viena kitos esančių SPĮ laboratorijų, sterilizacinės, radiologinės tarnybos, ūkio, teisinių ir kitų paslaugų centralizavimas</li> </ul>
<b>Siekiami rezultatai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalizacijos rodiklis 100 savivaldybės gyventojų – 18 ligonių</li> <li>Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė Lietuvos mastu – 8 dienos</li> <li>Lovų skaičius ir lovos užimtumas pagal konkrečius profiliams nustatytus rodiklius</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vidutinės gyvenimo trukmė pailgės ne mažiau kaip vienu mėnesiu kasmet</li> <li>Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 proc.</li> <li>Slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtys padidėjimas 3–5 proc.</li> <li>Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 10 proc.</li> <li>Stacionarių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtys sumažėjimas 3–5 proc.</li> <li>GMP automobilių parko atnaujinimas ne mažiau kaip 10 proc.</li> <li>Ne mažiau kaip 60 proc. PSP paslaugų teikiama privačiai dirbančių šeimos gydytojų</li> <li>Ne mažiau kaip 80 proc. slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse</li> <li>Ne mažiau kaip 50 proc. slaugos paslaugų teiktų kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gyventojų, pacientų ir medicinos personalo pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, sauga ir prieinamumu pokytis</li> <li>PSP paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas</li> <li>Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais</li> <li>Dienos stacionaro paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 8 procentais</li> <li>Siektinas hospitalizacijos rodiklio 100 gyventojų mažėjimas iki 18</li> </ul>

Apibendrinant visų trijų restruktūrizavimo etapų rezultatus pastebimas siekis mažinti stacionarių paslaugų apimtį, didinant ambulatorinių paslaugų mastą. Siekiant optimizuoti įstaigų tinklą, ligoninių skaičius sumažintas 42 juridiniais vienetais, 14 ligoninių uždaryti akušerijos skyriai, nes gimdymų skaičius nesiekė 300 gimdymų per metus, o atstumas iki artimiausios ligoninės neviršijo 50 km, 10 ligoninių uždaryti chirurgijos skyriai, nes didžiųjų operacijų skaičius nesiekė 660 operacijų per metus,



o atstumas iki artimiausios ligoninės neviršijo 50 km. Optimizuotas GMP tinklas – 56 GMP dispečerinės tarnybos sukonzentruotos į 8, GMP paslaugas teikiančių įstaigų skaičius sumažintas 5 įstaigomis. Padidintas ambulatorinių paslaugų mastas. Toliau skatinamos alternatyvios stacionariniame gydyme paslaugos. SPI už suteiktas paslaugas apmokama bazinėmis kainomis, išreikštomis balais. Balo vertė priklauso nuo įstaigų tinklo, paslaugų apimtys, struktūros ir PSDF apimtys. Pasak Jankauskienės (2009), pradėjus apmokėjimą bazinėmis kainomis, šios kainos tesudarė 60–80 proc. realios paslaugų kainos vertės. Siekiant efektyvaus ir veiksmingo sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo labai svarbus įstaigų funkcijų pasiskirstymas, sąlygojantis laiku atliekamas ir nesidubliuojančias sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau restruktūrizacijos laikotarpiais šių siekių pasiekti nepavyko.

Vyriausybė 2013 metais patvirtino Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritетines priemones, kuriose nustatyti svarbiausi siektini sveikatos politikos rezultatai. Plano 185 priemonėje numatyta: „Siekiant efektyvaus nacionalinės SPI sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“. Plano parengimas numatomas 2015 metų II ketvirtį, plano įgyvendinimas – 2016 metų II ketvirtį, už plano vykdymą ir koordinavimą paskiriama SAM. Taip pradedamas ketvirtasis sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimo etapas.

**2014–2017 m.** Lietuvos, kaip ir daugelio ES šalių, sveikatos politika formuojama remiantis pagrindinėmis PSO ir EK politinių dokumentų nuostatomis. PSO valstybės narės vykdydamos vieningą sveikatos politiką patvirtino savo įsipareigojimus, išdėstyti PSO konstitucijoje, kad siekis būti kuo geresnės sveikatos – viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių (Jankauskienė, 2010).

**Strateginis valdymas** (žr. 1.2.3 skyr., 39 p.). 2014 m. patvirtintas vienas iš pagrindinių sveikatos politikos formavimo dokumentų – Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija. Šioje strategijoje suformuluoti šalies sveikatos politikos tikslai, plėtros kryptys ir veiksmai organizuojant sveikatos priežiūros sistemos valdymą. Reglamentuotos priemonės, kuriomis siekiama, kad būtų sukurta saugesnė socialinė aplinka, sumažinti sveikatos netolygumai ir socialinė atskirtis, sukurta sveikatai palanki fizinė darbo ir gyvenamoji aplinka, formuojama sveika gyvensena ir jos kultūra, užtikrinama į gyventojų poreikius orientuota kokybiška ir efektyvi sveikatos priežiūra. Strategijos tikslai suformuluoti siekiant spręsti sveikatos priežiūros valdymo problemas ir mažinti sveikatą neigiamai veikiančius veiksnius:

- Mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;
- Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą;
- Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;
- Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

Pagrindinis Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje įvardintas siekis **gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą**, bei pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai tarp regionų. Ši programa veikia jau penkerius metus, tačiau šalies gyventojų sveikatos rodikliai, palyginti su ES šalimis, nėra geri.

Spręsdama sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas SAM 2014 m. patvirtino Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų planą, kuriuo pradėtos ruošti gairės ketvirtajam sveikatos priežiūros restruktūrizavimo etapui. Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo nuostatos

buvo formuojamos įvertinus iki šiol vykusių restruktūrizavimo etapų rezultatus ir neįvykdytas priemones ir identifikavus pagrindines **sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas**:

- Aktyvaus gydymo lovų perteklius, ypač rajonuose, kur gyventojų skaičius yra nedidelis;
- Esant lovų pertekliui pagal atitinkamus profilius kartu egzistuoja jų trūkumas tokioms paslaugoms kaip slauga, ilgalaikis gydymas, geriatrija;
- Nepakankamas lovų panaudojimas;
- Perteklinis ligonių gydymas stacionare, kai pagal indikacijas tai nėra būtina arba stacionarizuojama dėl socialinių priežasčių;
- Esant neracionaliems pacientų srautams, kyla rizika dėl teikiamų paslaugų saugumo ir kokybės;
- Trūkstant slaugos ir palaikomojo gydymo lovų siekiant geresnio apmokėjimo už suteiktas paslaugas, dalis pacientų su slaugos indikacijomis guldomi į terapinius profilius;
- Valstybėse, kuriose šeimos gydytojo institucija turi ilgametę patirtį, ji sprendžia apie 80 % sveikatos problemų, Lietuvoje ši institucija dar nėra užėmusi reikiamos vietos diagnozuojant ir gydant ligas;
- Ne visos iki šiol vykusių restruktūrizavimo etapų priemonės buvo įgyvendintos.

Ketvirtasis restruktūrizacijos etapas prasidėjo 2015 m. Vyriausybei patvirtinus Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą. Sveikatos priežiūros restruktūrizavimą numatyta vykdyti laikantis trijų pagrindinių kryptių – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimas (laukimo eilių mažinimas, prevencijos ankstyvosios diagnostikos gerinimas), senstant visuomenei pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros gerinimas, stacionarių paslaugų kokybės ir saugumo užtikrinimas.

**Prieinamumas** (žr. 1.2.3 skyr., 33 p.). Įgyvendinant pirmąją kryptį numatyta, atsižvelgiant į pažangiausių pasaulio sveikatos sistemų patirtį, daugumą žmonių sveikatos problemų sprendimų perkelti iš gydytojų specialistų grandies į PSP grandį, kad šeimos gydytojai spręstų iki 80 procentų šių problemų, vykdyti ilgalaikį šeimos gydytojų poreikio planavimą, skatinti pirmines asmens SPĮ gerinti teikiamų paslaugų kokybę, skatinant šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką, papildyti šeimos gydytojo komandą socialiniais darbuotojais, didinti slaugytojų skaičių, skatinti gyventojų sveikatos raštingumą, pratinti juos sveikai gyventi, racionaliai vartoti vaistus, siekti ilgesnių sveiko gyvenimo metų, skatinti integruotą sveikatos priežiūrą, įtraukti pirmines asmens SPĮ į e. sveikatos sistemą.

**Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kooperacija ir integracija** (žr. 1.2.3 skyr., 35 p.). Antrosios krypties įgyvendinimas vykdomas plėtojant slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugas, gerinant jų kokybę ir apmokėjimą, intensyviau plėtojant ambulatorinę slaugą mažose, toliau nuo didžiųjų miestų esančiose savivaldybėse, kuriose stacionarios slaugos paslaugas teikti ekonomiškai nenaudinga, – kuriant mobilias komandas ar diegiant kitus šių paslaugų teikimo modelius, plėtojant slaugytojų funkcijas, suteikiant jiems daugiau savarankiškumo.

**Teisingas išteklių paskirstymas** (žr. 1.2.3 skyr., 34 p.). Trečioji kryptis įgyvendinama atsisakant perteklinių aktyvaus gydymo lovų, tobulinant ligoninių vidaus struktūrą, racionalizuojant akušerijos ir chirurgijos paslaugų teikimą, specializuotas stacionarines paslaugas, skirtas sudėtingoms ligoms diagnozuoti ir gydyti, sutelkiant tretinio lygio ligoninėse, intensyviai plėtojant insulto, infarkto, traumų, onkologinių, vaikų ligų ir kitus integruoto ligų valdymo modelius (klasterius).

Restruktūrizavimo rezultatų įgyvendinimą numatyta vertinti etapais pagal nustatytus vertinimo kriterijus. Plano įgyvendinimo iki 2016 m. kovo 31 d. vertinime nurodytas padidėjęs slaugos lovų skaičius – nuo 2 iki 3 lovų 1.000 gyventojų, nutrauktas akušerijos paslaugų, neatitinkančių nurodytų reikalavimų, teikimas. Kitas vertinamasis etapas – 2016 m. gruodžio 31 d., šiuo laikotarpiu vertinami rodikliai: iki 1 procento padidėjusi ambulatorinių paslaugų apimtis apskrityse; įsteigta ne mažiau kaip 30 geriatrijos padalinių, nuo 25 iki 27 procentų padidėjęs papildomas apmokėjimas už skatinamąsias PSP paslaugas. Laikotarpis iki 2017 m. gruodžio 31 d. vertinamas rodikliais: padidėjusi ambulatorinių paslaugų apimtis – iki 2 procentų (palyginti su plano įgyvendinimo pradžia), padidėjusi slaugos paslaugų apimtis – 4 procentais, siekiamas hospitalizacijos rodiklis –19,4 atvejų 100 gyventojų, padidėjęs lovų užimtumas – iki 300 dienų per metus, nutrauktas chirurgijos paslaugų, neatitinkančių nurodytų reikalavimų, teikimas ir finansavimas.

Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo rezultatais planuota pagerinti paslaugų kokybę ir saugumą, patobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, kad ji atitiktų paslaugų poreikius, sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą, trumpinant vidutinį gulėjimo laiką ligoninėse, paslaugų prieinamumą ir užtikrinti racionalių išteklių naudojimą. Tačiau ir šiuo etapu sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų išspręsti nepavyko (žr. 4 lent.).

**2018–2019 metai.** Lietuvoje jau trečią dešimtmetį vykstanti sveikatos priežiūros sistemos reforma tapo išbandymu politikams, sveikatos sistemos vartotojams ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų teikėjams. Šiai ilgalaikiai reformai nebūdingas nuoseklumas ir visapusiškas veiksmų koordinavimas, tai apsunkino iškeltų tikslų ir uždavinių įgyvendinimą ir lėmė dabartines sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas (žr. 4 lent.).

**Veiksmingumas** (žr. 1.1.1 skyr., 17 p.). Pagrindiniai subjektai, užtikrinantys sveikatos paslaugų kokybę šalyje – SAM, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, VLK ir apie 1,2 tūkst. gydymo įstaigų. Nors ilgalaikėmis reformomis siekta, kad sveikatos priežiūros sistema būtų veiksminga, grįsta įrodymais ir prisitaikanti prie kintančios aplinkos, PSO ir ES teisės reikalavimų, tačiau gyventojų sveikatos rodikliai rodo sistemos neveiksmingumą, o šios sistemos valdymas pasižymi įsisenėjusiomis problemomis. Dabartinė sveikatos priežiūros sistema finansuojama visų nuolatinių gyventojų privalomojo sveikatos draudimo lėšomis. Finansavimą koordinuoja VLK, įmokų mokėtojų vardu, per penkias teritorines kasas, pirkdama sveikatos priežiūros paslaugas. Pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos valdytoja – SAM, kuri rengia sveikatos politiką, nustato standartus ir reikalavimus, išduoda licencijas paslaugų teikėjams, sveikatos priežiūros specialistams ir tvirtina ilgalaikes investicijas, kontroliuoja VLK veiklą. SAM taip pat atsakinga už sveikatos paslaugų kokybę, prieinamumą ir saugumą. Savivaldybės atsakingos už PSP ir socialinės priežiūros, tam tikros visuomenės sveikatos veiklos organizavimą atsakingos. Savivaldybėms taip pat priklauso kai kurie PSP centrai, dauguma poliklinikų ir mažos arba vidutinio dydžio ligoninės. Privatusis sektorius stacionarios priežiūros paslaugų teikia nedaug, išskyrus pirminę sveikatos priežiūrą ir odontologiją – šiam privačiam sektoriui tenka svarbus vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje.

PSP teikiama bendrosios praktikos gydytojais arba PSP grupėmis, į kurias įtraukti specializuotą konsultacinę sveikatos priežiūrą teikiantys specialistai. PSP teikėjų pagrindinė funkcija – stiprinti PSP, ligų, ypač lėtinių, prevenciją. Specialistų teikiamą ambulatorinę sveikatos priežiūrą galima gauti ligoninių ambulatoriniuose skyriuose arba poliklinikose, kurią taip pat teikia privatūs paslaugų teikėjai. Pacientai, norintys gauti nemokamas specialistų paslaugas, turi turėti šeimos gydytojo siuntimą. Tačiau, už paslaugas susimokėjus savo lėšomis, pas specialistą gali patekti tiesiogiai. Dienos stacionaro,

dienos chirurgijos ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugos per pastarąjį dešimtmetį gerokai išplėtotos, bet vis tiek labai kliaujamasi stacionaraus gydymo sektoriumi. Hospitalizavimo rodikliai tebėra dideli ir nemažėja.

Nors sveikatos priežiūros sistema patyrė keturis restruktūrizacijos etapus, kurių pagrindinis siekis ligoninių veiklos optimizavimas ir stacionarių paslaugų mažinimas, ligoninių lovų skaičius išliko didelis, lyginant su ES vidurkiu. Pastaraisiais metais mažinant lovų skaičių daugiausia dėmesio skirta jungiant ligonines, kaip juridinius asmenis, faktinės infrastruktūros nekeičiant (Valstybės kontrolė, 2018). Siekis ligonines konsoliduoti iki reikiamo įstaigų ir lovų skaičiaus stringa dėl skirtingų ligoninių steigėjų. Vietos valdžia yra suinteresuota išlaikyti vietos paslaugas, užimtumo galimybes ir nesutinka dėl ligoninių sujungimo ar profilių mažinimo. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas reikalauja didelių sveikatos priežiūros išteklių, todėl siekiama toliau konsoliduoti SPĮ, išspręsti problemą dėl paslaugų dubliavimo ir sumažinti hospitalizavimo rodiklį. Paslaugų dubliavimas lemia neracionaliai paskirstomus išteklius ir netinkamą paslaugų kokybę.

Šiuo metu, svarstoma ligoninių konsolidavimo į tinklus strategija, kurią patvirtinus paslaugos išsigrūnins, sumažinant paslaugų dubliavimąsi. Dubliuojamas paslaugas siekiama išgrūninti, patvirtinus SPĮ vertinimo rodiklius, pagal kuriuos stacionaraus gydymo lovų užimtumas per metus negali būti mažesnis nei 300 dienų. Lovas, kurių yra per daug, tikimasi, atsižvelgiant į kintantį pacientų profilį, paversti slaugos lovomis. Siekius pavykus įgyvendinti, vietos bendruomenės išlaikyti ligonines, tik daugelio jų pasikeistų paslaugų profilis arba jos teiktų mažiau paslaugų, paslaugas derindamos su arčiausiai esančių ligoninių paslaugomis, arba tokių ligoninių specializacija pasikeistų į reabilitacijos ir slaugos. Ši planuojama reforma susiduria su dideliu pasipriešinimu dėl savivaldybių noro išlaikyti stacionarias paslaugas teikiančių ligoninių monopolijas regionuose.

Sveikatos priežiūros ir ligoninių pasiekiamumas geografiniu požiūriu Lietuvoje gana geras. Šalyje yra 63 bendrosios ligoninės, jų esama beveik visose šešiasdešimtyje šalies savivaldybių. Atsižvelgiant į palyginti mažus geografinius atstumus, šiomis įstaigomis užtikrinamas tankus ligoninių paslaugų tinklas, nes beveik visos ligoninės teikia daug paslaugų. Kadangi ligoninių pajėgumai (lovų skaičius) gana dideli, ligoninės yra arti ir nereikia mokėti už paslaugas, stacionarinės paslaugos nėra tinkamai valdomos ir jomis naudojamos per daug (Valstybės kontrolė, 2018).

Lietuvoje, kaip ir kaimyninėse valstybėse, dalis sveikatos priežiūros specialistų išvyko, tačiau Lietuvai iki šiol pavyko išlaikyti didelį gydytojų skaičių. Didžiausia problema valdant sveikatos priežiūros specialistų srautus, nevienodas gydytojų pasiskirstymas šalyje, ypač kaimiškose vietovėse, sveikatos srities darbuotojų senėjimas (Valstybės kontrolė, 2018).

Kaupiant naujos kartos, geresnius sveikatos duomenis politikos ir praktikos tikslais, dėmesio centre turi būti pacientai. Sveikatos ir priežiūros skaitmeninė transformacija padeda užfiksuoti pacientams svarbius realius rezultatus ir patirtį, tai teikia daug galimybių didinti sveikatos sistemų veiksmingumą. Lietuvoje e. sveikatos sistemos projektas stringa. E. sveikatos sistema Lietuvoje kuriama nuo 2005 m. Jos kūrimas vyko trimis etapais, iš kurių paskutinis, panaudojant ES fondų lėšas, įgyvendintas 2013–2015 m. Valstybės kontrolė (2018) konstatavo, e. sveikatos sistema naudojama pasyviai, o viešojoje erdvėje pasirodė vartotojų ir sistemos kūrėjų prieštaringos nuomonės dėl sistemos kūrimo tikslų pasiekimo, kokybės ir saugumo.

**Kokybė** (žr. 1.2.3 skyr., 35 p.). Valstybės kontrolė (2018) nurodė, kad SAM, formuodama ir įgyvendindama sveikatos politiką, numato ir vykdo priemones asmens sveikatos priežiūros paslaugų

kokybei gerinti, bet nėra sudarytos prielaidos, kad būtų užtikrintas jų saugumas ir veiksmingumas. Šalies mastu parengti diagnostikos ir gydymo standartai (metodikos) apima tik penktadalį ligų ir sveikatos būklių, todėl neužtikrinama vienodai gera paslaugų kokybė visoje sistemoje. Trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei matuoti. Paslaugų apmokėjimas nesiejamas su jų kokybe, todėl gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų šiai kokybei gerinti. Nesant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės matavimo rodiklių, nenustatytas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo (kokį poveikį paslauga turėjo pacientui) vertinimas. Apsiribojama paslaugų vertinimu tik pagal nustatytas teisės aktuose sąlygas paslaugoms teikti (pavyzdžiui: licencijos, medicininės įrangos turėjimas).

**Prieinamumas** (žr. 1.2.3 skyr., 36 p.). Neužtikintas sveikatos priežiūros sistemos prieinamumas. SAM neturi objektyvios informacijos apie eiles ir jų tendencijas, susidarymo priežastis, todėl negali suplanuoti veiksmingų eilių mažinimo priemonių, be to, neanalizuoja įgyvendinamų eilių mažinimo priemonių rezultatyvumo (Valstybės kontrolė, 2018). Eilių mažinimo priemonės norimų rezultatų nepasiekia, nes nesprendžiamos esminės pacientų srautų, t. sveikatos sistemos veikimo, sveikatos priežiūros specialistų struktūros disbalanso problemos. Spręsdami paslaugų prieinamumo problemą 17 proc. pacientų naudojasi mokamomis paslaugomis (pusė iš jų tai daro dėl didelių eilių), 19 proc. – gydos patys (Valstybės kontrolė, 2018). Neužtikrinamas sveikatos priežiūros sistemos išteklių racionalus naudojimas. Daugiau nei pusės (59 proc.) brangių medicinos prietaisų (per 29 tūkst. Eur.) panaudojimo intensyvumas mažas (pagal nustatytus tų prietaisų rodiklius), o 7 proc. jų visiškai nenaudojami (Valstybės kontrolė, 2018).

EBPO vertinimų duomenimis, Lietuvoje turi būti daugiau daroma gerinant gyventojų sveikatą ir mažinant sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės netolygumus. Gyventojams turi būti prieinamos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos. EBPO įkurta 1961 m., Lietuvai prie šios organizacijos prisijungus 2018 m. organizacijai priklausė 36 valstybės. EBPO – forumas, kuriame sėkmingos bendramintės valstybės diskutuoja svarbiausiais valstybės valdymo klausimais ir dalijasi gerąja patirtimi. EBPO kaupia patirtį ir atlieka išsamius įvairių sričių tyrimus, kurie yra vertinami ir laikomi autoritetingais visame pasaulyje.

Siekiant spręsti sveikatos priežiūros sistemos kokybės problemas svarbu išnaudoti pacientų apklausas jų lūkesčiams nustatyti. Valstybės kontrolė (2018) nurodė, kad SAM ir SPI neišnaudoja pacientų apklausų jų lūkesčiams nustatyti ir valdyti. Savivaldybės nesidomi pacientų lūkesčiais, nors pusė jų ir renka duomenis, tačiau jų nenaudoja priimdamos sprendimus dėl paslaugų organizavimo ir valdymo.

**Bendradarbiavimas** (žr. 1.2.3 skyr., 38 p.). Neužtikrinamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, nes pacientams atstovaujama fragmentiškai: pacientų atstovai neįtraukti į 60 proc. darbo grupių jiems rūpimais klausimais (Valstybės kontrolė, 2018). Valstybės kontrolė (2018) tyrimas parodė, kad pacientų informavimas apie teises ir pareigas neišsamus, nesudaro prielaidų didinti sveikatos raštingumą ir nemotyvuoja pacientų laikytis pareigų (apie 20 proc. pacientų neatvyksta į priėmimą), tai lemia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo blogėjimą.

**4 lentelė.** Valdymo elementų užtikrinimas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos kaitos laikotarpiais

Laikotarpis	Valdymo kaitos kryptys	Teigiami valdymo pokyčiai	Valdymo problemos
1990 – 2002 m.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktyvios sveikatos politikos formavimas</li> <li>• Veiklos ir valdymo reglamentavimas</li> <li>• Paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas</li> <li>• Šeimos gydytojo institucijos plėtra</li> <li>• Įstaigų tinklo restruktūrizavimas</li> <li>• Bendradarbiavimas tarp institucijų</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pradėta diegti privalomojo sveikatos draudimo sistema</li> <li>• Nustatyta sveikatos politikos įgyvendinimo koordinavimo struktūra</li> <li>• Nustatyta sistemos valstybinio reguliavimo pagrindai ir kontrolės priemonės</li> <li>• SPI tapo atviresnės</li> <li>• Decentralizuotas įstaigų valdymas</li> <li>• Pradėta diegti veiklos kokybės sistema ir vykdyti kokybės kontrolė</li> <li>• Pradėtos taikyti pažangios medicininės technologijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netinkamas veiksmingumas</li> <li>• Orientacijos į pacientus trūkumas</li> <li>• Didelis pasipriešinimas kaitai</li> <li>• Per mažas finansavimas</li> <li>• Per didelė stacionarių paslaugų dalis</li> <li>• Per didelė įstaigų koncentracija miestuose</li> <li>• Specialistų trūkumas kaimiškose vietovėse</li> <li>• Neužtikrinama paslaugų kokybė ir prieinamumas, paciento saugumas</li> <li>• Nepakankama vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra</li> <li>• Bendradarbiavimo tarp medicinos institucijų stoka</li> <li>• Užtikrinamas gydymo tęstinumas tarp SPI</li> </ul>
2003-2013 m.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą</li> <li>• Sveikatos apsaugos sistemos tinklo ir paslaugų struktūros optimizavimas</li> <li>• Ambulatorinių, slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtojimas</li> <li>• Stacionarių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra</li> <li>• Gerinti GMP paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą</li> <li>• Optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumažintas ligoninių skaičius</li> <li>• Pagerėjo SPI veikla</li> <li>• Išplėsta ambulatorinių paslaugų veikla</li> <li>• Sukurtos alternatyvios gydymo galimybės (įsteigti dienos stacionarai, dienos chirurgijos centrai) ir sustiprintos slaugos, ilgalaikio ir paliatyviojo gydymo paslaugos)</li> <li>• Optimizuotas GMP tinklas</li> <li>• Nustatyta apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas tvarka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sveikatos sistema netenkina visuomenės lūkesčių</li> <li>• Netinkama paslaugų kokybė</li> <li>• Per didelis ligoninių lovų skaičius</li> <li>• Per didelis lovų skaičius ligoninėse</li> <li>• Per didelė stacionarių paslaugų dalis</li> <li>• Sveikatos paslaugų dubliavimasis</li> </ul>
2014–2017 m.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį</li> <li>• Formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą</li> <li>• Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius</li> <li>• Didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą</li> <li>• Gerinti pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrą</li> <li>• Užtikrinti stacionarių paslaugų kokybę ir saugumą</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktyviau vykdoma ligų profilaktika</li> <li>• Skatinamas gyventojų sveikatos raštingumas</li> <li>• Skatinama integruota sveikatos priežiūra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktyvaus gydymo lovų perteklius</li> <li>• Slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyviosios slaugos paslaugų trūkumas</li> <li>• Nepakankamas lovų panaudojimas</li> <li>• Perteklinis ligonių gydymas stacionare</li> <li>• Rizika dėl teikiamų paslaugų saugumo ir kokybės</li> <li>• Per maža šeimos gydytojo institucijos įtaka diagnozuojant ir gydant ligas</li> <li>• Neužtikrinamas paslaugų prieinamumas ir veiksmingumas</li> </ul>

Laikotarpis	Valdymo kaitos kryptys	Teigiami valdymo pokyčiai	Valdymo problemos
2018–2019 m.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stiprinti pirminės sveikatos priežiūrą, ligų, ypač lėtinių, prevenciją</li> <li>• Plėtoti dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos paslaugas</li> <li>• Mažinti stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas</li> <li>• Konsoliduoti stacionarių paslaugų teikimą</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktyviau vykdoma ligų profilaktika</li> <li>• Vykdomos gyventojų skatinimo tausoti sveikatą programos</li> <li>• Skatinama integruota sveikatos priežiūra</li> <li>• Skatinama konkurencija pirminėje sveikatos priežiūroje</li> <li>• Diegiamos skaitmeninės paslaugų efektyvumą gerinančios priemonės</li> <li>• Skatinamos alternatyvios gydymo galimybės (dienos chirurgijos, dienos stacionaro)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktyvaus gydymo lovų skaičiaus perteklius</li> <li>• Slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyvios slaugos paslaugų trūkumas</li> <li>• Nepakankamas lovų panaudojimas</li> <li>• Perteklinis ligonių gydymas stacionare</li> <li>• Rizika dėl teikiamų paslaugų saugumo ir kokybės</li> <li>• Neužtikrinamas sistemos veiksmingumas</li> <li>• Didelės paslaugų laukimo eilės</li> <li>• Pasipriešinimas dėl paslaugų optimizavimo</li> <li>• Nevienodas gydytojų pasiskirstymas</li> <li>• Korupcija</li> </ul>

Šiandien visos pasaulio valdymo sistemos susiduria su problemomis, kurias sąlygoja ekonominė, socialinė, politinė ir technologinė kaita. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema taip pat neišvengė šios kaitos pasekmių, atsispindinčių sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemose. Nors Lietuvos sveikatos priežiūros sistema patyrė ilgą kaitos laikotarpį, tačiau dalies problemų nepavyko išspręsti net per kelis dešimtmečius vykusiomis sveikatos priežiūros sistemos reformomis. Šias problemas galima būtų spręsti naudojantis pažangių šalių patirtimi valdant sveikatos priežiūros sistemas.

## 2.2. Pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų analizė

Sveikatos priežiūros sektorius laikui bėgant dinamiškai keitėsi visose šalyse. Senstanti visuomenė, lėtinių ligų dominavimas, naujų technologijų ir gydymo metodų atsiradimas reikalauja imtis neatidėliotinių veiksmų, siekiant pritaikyti esamas sveikatos priežiūros sistemas prie globalių iššūkių. Pažangios šalys privalo kooperotis ir dalytis šioje srityje sukauptą patirtimi ir žiniomis.

Tyrimui šalys pasirinktos dėl tarptautinių organizacijų aukštų įvertinimų. Estija – viena iš pažangesnių šalių, kurios sveikatos priežiūros sistema atgavus nepriklausomybę, kaip ir Lietuva, iš sovietinio laikotarpio turėjo paveldėjusi socialistinę sveikatos sistemą. Šią šalį analizuoti pasirinkta dėl aušto 2018 m. įvertinimo Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimo metu (žr. 5 lent.).

Estija, 2018 m. surinkusi 729 taškus, vertinant šalių sveikatos priežiūros kokybę, iš trijų Baltijos šalių, reitinge įvertinta aukščiausiai 19 vieta. Lietuvai reitinge atiteko 28 vieta, surinkus 622 taškus. Estijos sveikatos apsauga tarp buvusio sovietinio bloko valstybių laikoma pavyzdine ir dažnai minima kaip šalis, kurios pavyzdžiu sveikatos priežiūros sistemą turi valdyti Lietuva. Anot tyrimo autorių, Estija turi ribotus ekonominius išteklius, tačiau tai netrukdo jai pamažu, bet užtikrintai gerinti kone visus sveikatos sistemos rodiklius. Kita šalis, kurios pažangią patirtį pasirinkta analizuoti projekte yra Danija. Ši šalis yra viena iš Europoje klestinčių valstybių, siekianti socialinės gerovės savo piliečiams ir kurios sveikatos priežiūros sistema yra įvertinta veiksmingiausiai tarp ES šalių.

**Danijos sveikatos priežiūros sistema.** Danijos sveikatos priežiūros sistema yra decentralizuota. Iki 2007 m. sveikatos sektoriaus finansavimas nacionaliniu lygmeniu vyko per įplaukas iš progresyviųjų pajamų mokesčių, o regionuose ir savivaldose iš proporcingųjų mokesčių. Nuo 2007 m. sveikatos

priežiūros sistema finansuojama naudojant proporcingus mokesčius, didžioji dalis (80 proc.) surinktų lėšų įvertinus socialinius ir demografinius rodiklius paskirstoma regionams per dotacijas, likę 20 proc. – savivaldybėms.

Danijoje sveikatos priežiūros sistemos reguliavimas, priežiūra, planavimas ir kokybės kontrolė yra nacionalinės valdžios vaidmuo, o paslaugų teikimas patenka į regionų ir savivaldybių atsakomybę. Šalyje yra pastebėta, kad sveikatos priežiūros sistemos decentralizacija lėmė prieinamumo skirtumus tarp vietovių pagal laukimo laiką ir medicininių technologijų prieinamumą. 2007 m. įgyvendinama reforma, suteikė vyriausybės institucijoms daugiau galių planavimo ir kokybės vadybos srityse, siekiant užtikrinti vienodus sveikatos paslaugų suteikimo standartus visiems gyventojams, visuose administraciniuose lygiuose.

Savivaldybės yra pavaldžios SAM, užtikrinančiai dalinį finansavimą regionams ir savivaldybėms ir atliekančiai sveikatos apsaugos sistemos valdymo funkcijas. Ligoninės priklauso regionams. Šių administracinių vienetų valdančiosios institucijos taip pat yra atsakingos už gydymo įstaigų (ligoninių) valdymą. Danijos regionas – organizacija, vienijanti penkis Danijos regionus. Regioninės organizacijos yra atsakingos už sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant ligoninių paslaugas (somatines ir psichiatrines) ir darbuotojų ligoninėse skaičiaus reguliavimą. Be to, regionai pasirašo susitarimus su bendrosios praktikos gydytojais ir savivaldybėmis. Savivaldybėms pavestas ligų prevencijos, sveikatos skatinimo ir reabilitacijos veiklų koordinavimas. Nacionalinė sveikatos taryba, priklausanti SAM, yra atsakinga už sveikatos priežiūros sistemos žmogiškųjų išteklių užtikrinimą ir institucijų priežiūrą. Tai institucija, užtikrinanti bendradarbiavimą tarp ministerijų, regionų ir savivaldybių visais sveikatos priežiūros sistemos valdymo klausimais. Danijoje yra nedaug ligoninių ir nedidelis ligoninių lovų skaičius, taip užtikrinama trumpa vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė. Tai pasiekta vykdant nuoseklią sveikatos priežiūros sistemos kaitą, kuri apėmė ligoninių susijungimą ir atnaujinimą, ir stacionarinės priežiūros reorganizavimą, įskaitant centralizavimą. Stacionari sveikatos priežiūra reorganizuota, stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą ir plečiant specializuotų ambulatorinių konsultacijų grandį. Taip šalyje užtikrintas racionalus gydytojų ir slaugytojų skaičius vienam gyventojui, stiprus pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros sektorius.

Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas remiasi solidarumo ir teisingumo principais. Danijoje gyvenantys asmenys sveikatos draudimo sistemai priskiriami užregistravus gyvenamąją vietą savivaldybės gyventojų registre, taip įgydami teisę į medicininį gydymą ir sveikatos kortelę. Sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš mokesčių gautomis pajamomis, o sveikatos priežiūros paslaugos, šalies gyventojams, teikiamos nemokamai. Danijos gyventojams, per sveikatos sistemos draudimą, suteikiama teisė į daugumą įrodymais grįstų gydymo būdų ir klinikinių intervencijų. Šios šalies efektyvus sveikatos priežiūros sistemos valdymas užtikrinamas bendradarbiaujant tarp valstybės įstaigų, regionų ir savivaldybių.

Vaistų kompensacijos dydis priklauso nuo asmens metinių išlaidų, patirtų dėl kompensuojamųjų vaistų, dydžio. Vaikams iki 18 metų kompensuojama ne mažiau kaip 60 proc. išlaidų kompensuojamiems vaistams. Jeigu pagal Danijos teisės aktus yra suteikta teisė gydytis ligoninėje, tai gydymo įstaigą pasirenka pats pacientas pagal gydytojo nukreipimą. Už gydymą ligoninėje papildomai mokėti nereikia, kaip ir už gimdymą ligoninėje ar kitoje viešojoje įstaigoje ir akušerės pagalbą gimdant namie. Apdraustieji Danijoje skirstomi į dvi grupes:



- Pirmai grupei priklausantys apdrausti asmenys priskiriami atitinkamam bendrosios praktikos gydytojui, kuris yra sudaręs sutartį su sveikatos draudimo įstaiga. Specialiosios medicinos srities paslaugos jiems teikiamos, jei jie turi savo bendrosios praktikos gydytojo siuntimą pas specialistą;
- Antrai grupei priklausantys apdrausti asmenys gali pasirinkti bendrosios praktikos gydytoją ir atskirų sričių specialistus. Jie gauna sveikatos draudimo įstaigos išmoką, atitinkančią sumą, kurią ši įstaiga turi pervesti už atitinkamą pirmai grupei priklausančio paciento gydymą. Gydytojas savo atlyginimą nustato pats.

Apdraustieji grupę pasirenka savarankiškai, pereiti iš vienos grupės į kitą galima vieną kartą per metus. Vaikai iki 16 metų priklauso tai pačiai apdraustųjų asmenų kategorijai, kaip ir jų tėvai ar globėjai, ir lankosi pas tą patį gydytoją.

Danijoje veikia MedCom – nepelno siekianti organizacija, vienijanti valdžios įstaigas, sveikatos priežiūros specialistus ir privatų sektorių. Įstaiga įkurta 1994 m., reaguojant į bendrosios praktikos gydytojų poreikius. Pagrindinės MedCom funkcijos sveikatos priežiūros sektoriaus elektroninė komunikacija, bendradarbiavimo plėtojimas ir informacijos sklaida, informacinių sistemų kokybės užtikrinimas, vystymas ir testavimas.

Danijos e. sveikatos sistema yra įvertinta kaip viena efektyviausių pasaulyje. Elektroninė pacientų duomenų bazė pradėta kurti 1996 m. Taip pat veikia e. vaistų išrašymo sistema, vaizdų skaitmenizavimas, nacionalinė paslaugų platforma, vaistų duomenų bazė, asmeninė ligos istorija, nacionalinis pacientų indeksas ir dar 25 iniciatyvos. Danijos e. sveikatos sistemos sėkmę lėmė nedidelė šalies teritorija ir santykinai nedidelis gyventojų skaičius. Pacientams yra suteikta galimybė elektroninėje erdvėje nemokamai susipažinti su savo sveikatos istorijos įrašais, gauti informaciją apie jo sveikatos įrašų taisymus ar pakeitimus. Skaitmenizavimas Danijoje yra pristatomas kaip neatskiriamas vidinis visų būsimų sveikatos priežiūros iniciatyvų elementas, apimantis sveikatos paslaugų teikimo organizavimą, ligoninių plėtrą ir modernizavimą, įrangą ir infrastruktūrą. Pagrindinis Danijos telemedicinos tikslas – suteikti pacientams išsamią informaciją ir geriausią gydymą patogiausiu būdu (kraujo spaudimo, plaučių funkcionalumo matavimas neišėjus pacientams iš namų). Ši gydymo rūšis idealiai tinka pacientams, gyvenantiems atokiose vietose (pvz., salose) ir ilgalaikės gydytojų priežiūros reikalaujantiems ligoniams. Naudojant telemediciną pacientams teikiamos gydytojo konsultacijos, pvz., slaugytojai, namuose gydantys diabetu sergančių pacientų opas, nuotoliniu būdu gauna reikalingas gydytojų konsultacijas. Nuolat plečiamos telemedicinos teikiamos bendravimo tarp medikų galimybės (pvz., vaizdo konferencijos ir specialistų konsultacijos transliuojamų operacijų metu).

Danijos gyventojai yra geros sveikatos, palyginti su daugelio kitų ES šalių gyventojais, tai veiksmingos, į mirtingumo rodiklių mažinimą orientuotos sveikatos priežiūros sistemos nuopelnas. Siekiant efektyvios sveikatos priežiūros sistemos, Danijoje tikslingai formuojama sveikatos politika skatinanti sveiką gyvenseną, fizinį aktyvumą ir rizikingų gyvenimo veiksnių mažinimą. Prevencijos politika sėkmingai sumažintas rūkymo rodiklis. Tai pasiekta sistemingai įgyvendinant tabako kontrolės politiką ir įvairias su rūkymo mažinimu susijusias programas, įskaitant tabako vartojimo nutraukimo programą, įspėjimus apie sveikatą ant cigarečių pakuočių, visuomenės informavimo kampanijas per žiniasklaidą ir aukštą tabako gaminių apmokestinimą. Tačiau sveikatos netolygumų paskatinti visuomenės socialiniai skirtumai yra viena opiausių problemų Danijoje.

Sveikatos priežiūros sistema Danijoje skiriasi nuo Lietuvos, tačiau taip pat yra veikiama valdymo problemų. Danijos vyriausybė svarsto sveikatos priežiūros sistemos reformavimo planus. Vienas reformos tikslų – sumažinti apsilankymų ir guldyimų į ligonines skaičių. Reforma taip pat gali reikšti dabartinės regioninės sistemos pabaigą, kur penkiose šalies srityse išrinkti pareigūnai yra atsakingi už vietinės sveikatos priežiūros administravimą. Reformą planuojama vykdyti iki 2020 m. Būsimąją valstybinę sveikatos priežiūros paslaugų administracinę struktūrą sudarys trys dariniai. Pirmasis jų – valstybinė institucija prie Sveikatos ministerijos, atsakinga už biudžetą ir bendrą planavimą. Penkios regioninės administracijos, išlaikysiančios tas pačias geografines ribas ir administracinius centrus, vadovaus pagrindinėms ligoninėms, tačiau nebus globojamos išrinktų pareigūnų. Daugelis dabartinių regionų pareigū bus perduota 21 naujai sveikatos asociacijai. Šios asociacijos bus prie ligoninių visoje šalyje. Reformomis siekiama efektyvesnio ligoninių, savivaldybių ir gydytojų bendradarbiavimo ir racionalaus išteklių panaudojimo.

**Estijos sveikatos priežiūros sistema.** Estijos sveikatos priežiūra tarp buvusio sovietinio bloko valstybių laikoma pavyzdine. Nuo pat nepriklausomybės atgavimo Estijos sveikatos priežiūros sistema keitėsi dviem kryptimis: decentralizuojant iki tol vyriausybei pavaldų tinklą ir reformuojant sveikatos priežiūros finansavimą. Estijos, kaip ir Lietuvos, iki 1992 m. sveikatos priežiūros išlaidos buvo finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis, tačiau Estijos sveikatos draudimo reforma nebuvo uždelsta ir iš karto buvo pereita prie finansavimo iš socialinio sveikatos draudimo įplaukų, sveikatos draudimo biudžetą visiškai atskiriant nuo valstybės biudžeto. Pasak Gudžinsko (2012), tai esminis istorinis skirtumas, nulėmęs kitokią Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos sistemų kaitos eigą. Sveikatos draudimo biudžeto lėšos naudojamos gydymo išlaidoms apdraustiesiems apmokėti. Sveikatos draudimo sistema apima ir gydytojo išrašytus vaistus, kurie apdraustiems asmenims teikiami mažesne kaina. Skirtumą vaistinėms padengia Sveikatos draudimo fondas. Pacientai padengia dalį išlaidų, apmokėdami išorės konsultacijų ir priežiūros ligoninėje kasdienes išlaidas. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi teisę prašyti apmokėti paciento lankymo namuose ir gydytojų specialistų išorės konsultacijų išlaidas, už tai mokamas valstybės nustatytas simbolinis mokestis. Ligoninės turi teisę prašyti padengti ne daugiau kaip dešimties dienų kasdienes priežiūros ligoninėje išlaidas, už tai mokant kelių eurų simbolinį mokestį.

Estijos sveikatos politika ir sveikatos draudimas pasižymi aktyvia kryptinga sveikatos stiprinimo veikla. Ankstyvos sveikatos apsaugos finansavimo reformos Estijoje sudarė palankias prielaidas valstybės institucijoms tinkamai valdyti viešuosius sveikatos finansus ir kartu apsaugoti sistemą nuo ekonominio sunkmečio sukeltų problemų (Gudžinskas, 2012). Pasak Grudžinsko (2012), Estijos sveikatos draudimo fondas yra labiau įsitvirtinusi institucija, išvysčiusi savo ekspertinius gebėjimus ir turinti aiškias teises savo autonomijos garantijas.

Estijos sveikatos priežiūros sistemą sudaro: įvairios agentūros, pavaldžios socialinių reikalų ministerijai, sveikatos priežiūros įstaigos ir aktyviai veikloje dalyvaujančios įvairios NVO. Sveikatos apsaugos sistemos planavimą ir organizavimą vykdo socialinių reikalų ministerija, Sveikatos priežiūros taryba, Valstybinė vaistų agentūra, Sveikatos apsaugos inspektoratas ir Estijos sveikatos draudimo fondas. Estijos socialinių reikalų ministerija įkurta 1993 m., sujungus tris ministerijas: darbo, socialinės gerovės ir sveikatos. Sveikatos priežiūros sektorių prižiūri keturi departamentai: Sveikatos informacijos ir analizės, Visuomenės sveikatos, Sveikatos apsaugos ir E. sveikatos. Nepriklausomos viešosios organizacijos Estijos sveikatos draudimo fondo (EHIF) pagrindinės veiklos kryptys: sudaryti kontraktus su sveikatos paslaugų teikėjais, atlikti mokėjimus už sveikatos paslaugas, kompensuoti išlaidas vaistams ir teikti nedarbingumo išmokas. Estijos Sveikatos priežiūros taryba vykdo sveikatos

apsaugos specialistų ir įstaigų licencijavimą ir registravimą, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolę. Ši institucija kartu su Sveikatos apsaugos inspektoratu užtikrina higienos normas. Valstybinė vaistų agentūra įsteigta užtikrinti vaistų registracijos procedūras. Apygardose sveikatos priežiūros sistemą koordinuoja apygardos gydytojas, Sveikatos apsaugos inspektorato ir Darbo inspektorato filialai apygardose, kurių paskirtis – užtikrinti valstybiniu lygmeniu formuluojamos sveikatos politikos tinkamą įgyvendinimą. Savivaldybių lygmeniu sveikatos priežiūros valdymą užtikrina savivaldybės gydytojas, atliekantis tas pačias pareigas kaip ir apygardos gydytojas, tik savivaldybės lygmeniu.

Dauguma pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikia valstybei priklausančių įstaigų šeimos gydytojai, kuriems sudarytos sąlygos dirbti ir privačiai. Komandoje su šeimos gydytoju paslaugas teikia šeimos slaugas. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos Estijoje teikiamos pirminiuose sveikatos centruose ir atskiruose šeimos gydytojų kabinetuose.

Dauguma ligoninių priklauso savivaldybėms. Ligoninių ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų steigėjai turi teisę paskirti valdančiuosius organus. Taip per ligoninių valdymo struktūras valdžios institucijos dalyvauja sveikatos apsaugos sistemos valdyme ir užtikrina sveikatos priežiūros institucijų skaidrumą, atskaitomybę ir kontrolę.

Estijos sveikatos priežiūros sistema pirmąją ES pagal informacinių technologijų naudojimą. Estijoje nuo 2009 m. veikia e. sveikatos sistema, sėkmingai naudojamas e. receptas. Kiekvienais metais Estijoje yra išrašoma apie 8 milijonai receptų, kurie nuo 2010 m. yra perkelti į elektroninę formą. E. sveikatos sistemą Estijoje buvo pradėta diegti vykdant SPI reforma, todėl strateginiai sveikatos priežiūros sistemos sprendimai ir teisės aktai priimami atsižvelgiant į informacinių technologijų plėtrą ir siekiant gerinti visą šalies sveikatos sektorių. Estijoje veikia Nacionalinė sveikatos įrašų sistema, GMP sistema – iš GMP automobilio duomenys elektroniniu būdu perduodami į ligoninę, į kurią gabenamas pacientas, įdiegtas nacionalinis vaizdų archyvas, kuriame medicininius vaizdus saugo visos Estijos sveikatos priežiūros įstaigos. Veikia pacientų portalas, kuriame gyventojai pasirašo sutikimus dėl donorystės, mato visa išrašytų receptų ir gydymo istoriją. Informacinių sistemų naudojimas lėmė Estijos sveikatos priežiūros sistemos prieinamumą ir kokybę, sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visapusiškai, pacientai gauna daugiau informacijos, skatinamas dalyvavimas informacijos sklaidoje apie gautą asmeninę sveikatos priežiūrą.

Estijos sveikatos apsaugos sektorių pasižymi tapinstituciniu bendradarbiavimu. Šioje šalyje aktyviai veikia profesinius interesus ginančios ir pacientus atstovaujančios organizacijos, tarp kurių aktyviausia Estijos pacientų atstovų sąjunga ir specifinėmis ligomis sergantiems žmonėms atstovaujančios asociacijos.

Sveikatos priežiūros sistemos valdymas užtikrina pacientų interesų tenkinimą, integruojant įvairias sveikatos priežiūros paslaugas ir skatinant sveikatos ir socialinių paslaugų suderinimą. Estijos sveikatos politikos pagrindinis tikslas - padidinti visuomenės sveikų gyvenimo metų skaičių, sumažinant visuomenės mirtingumą ir sergamumą. Sveikatos politikos siekiai apima tokias vertybes kaip solidarumas, lygios galimybės teisingumas, galimybė naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis ir pilietinės visuomenės skatinimas. Sveikatos priežiūros sistemos veiklos rezultatyvumui ir pažangai stebėti, šalyje patvirtinti stebėsenos rodikliai.

Viena iš Estijos sveikatos priežiūros sistemos problemų – sveikatos priežiūros specialistų trūkumas. Šioje šalyje jaučiamas nestabilumas dėl sveikatos sistemos darbo jėgos trūkumo ateityje. Didėjančiu sveikatos priežiūros sistemos iššūkiu tampa, pakankamas žmogiškųjų išteklių užtikrinimas. Šalyje

labiausiai jaučiamas trūkumas šeimos gydytojų ir slaugytojų. Pasak EK, Estija neturi aiškaus plano, kaip šią problemą spręsti ateinančiais laikotarpiais. Tai bandoma įveikti didinant slaugytojų ir akušerių vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje. Bet to neužtenka, darbo jėga sensta, todėl ir slaugytojų, ir gyventojų santykis mažėja. Darosi vis sunkiau pritraukti sveikatos priežiūros specialistus, ypač kaimiškose vietovėse.

Sveikatos priežiūros sistemos Danijoje ir Estijoje daug kuo panašios į lietuviškąją (žr. 5 lent.). Intensyvėjant globalizacijos procesams, kaip ir dauguma pasaulio šalių, Danija, Estija ir Lietuva ieško geriausių sprendimų ateities iššūkiams įveikti. Svarbiausi Danijos ateities planai siejami su sveikatos netolygumų paskatintų visuomenės socialinių skirtumų mažinimu, Estijos – su sveikatos draudimo sistemos tvarumo užtikrinimu ir strateginio paslaugų modelio tobulinimu. Lietuva artimoje ateityje turės spręsti valdymo problemas siejamas su paslaugų kokybe ir išteklių paskirstymu, pertekliniu stacionariu gydymu ir sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumu.

**5 lentelė.** Sveikatos priežiūros sistemų palyginimas Danijoje, Estijoje ir Lietuvoje

	<b>Danija</b>	<b>Estija</b>	<b>Lietuva</b>
<b>Sveikatos politika</b>	Tikslingai formuojama, sistemingai įgyvendinama	Aktyvi ir kryptinga	Tikslingai formuojama, nesistemingai įgyvendinama
<b>Valdymas</b>	Decentralizuotas	Decentralizuota	Decentralizuota
<b>Veiksmingumas</b>	Užtikrinamas	Neužtikrinamas	Neužtikrinamas
<b>Prieinamumas</b>	Sveikatos paslaugas gali gauti visi šalies piliečiai	Sveikatos paslaugas gali gauti visi sveikatos draudimu apsidraudę šalies piliečiai	Sveikatos paslaugas gali gauti visi sveikatos draudimu apsidraudę šalies piliečiai
<b>Racionalus išteklių paskirstymas</b>	Užtikrintas racionalus ligoninių lovų skaičius, ir trumpa vidutinė gulėjimo liginėje trukmė	Užtikrintas racionalus ligoninių lovų skaičius, ir trumpa vidutinė gulėjimo liginėje trukmė	Neužtikrintas racionalus lovų skaičius liginėse, perteklinis ligoninių gydymas liginėse
<b>E. sveikata</b>	Efektyvi	Efektyvi	Diegiama
<b>Bendradarbiavimas</b>	Užtikrinamas	Užtikrinamas	Neužtikrinamas
<b>Valdymo problema</b>	Sveikatos netolygumų paskatinti visuomenės socialiniai skirtumai	Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas	Neracionalus išteklių paskirstymas, paslaugų dubliavimas

*Apibendrinant skyrių galima teigti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai paskutiniai du dešimtmečiai buvo besikeičiančios aplinkos ir reformų laikotarpis. Vykstančiais pokyčiais sveikatos sistemoje buvo siekiama tobulinti ir optimizuoti sveikatos priežiūros sistemos valdymą, užtikrinant veiksmingą, efektyvią ir prieinamą sveikatos priežiūros sistemos veiklą. Reformomis siekta konsoliduoti ligoninių tinklą, taip užtikrinant saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, įgyvendinti šeimos gydytojo institucijos plėtrą. Optimizuotas GMP tinklas. Gerokai išplėtotas dienos stacionaras, dienos chirurgijos paslaugos ir ambulatorinės rehabilitacijos paslaugos. Tačiau ne visi reformų tikslai buvo pasiekti. Restruktūrizacijos etapais nepavyko sumažinti lovų skaičiaus, sureguliuoti perteklinį ligoninių gydymą, padidinti slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičių. Tolimesne sveikatos priežiūros sistemos valdymo reforma planuojama sumažinti perteklinį gydymą ir konsoliduoti besidubliuojančias paslaugas. Lietuvos sveikatos priežiūros valdymo problemas galima būtų spręsti naudojantis pažangių šalių patirtimi valdant sveikatos priežiūros sistemas. Viena iš tokių šalių – Estija, kurios sveikatos priežiūros sistema atgavus nepriklausomybę, kaip ir Lietuva, iš sovietinio laikotarpio turėjo paveldėjusi socialistinę sveikatos sistemą, o šiuo metu yra lyderė tarp Baltijos šalių. Šios šalies sveikatos priežiūros sistema pasižymi tapinstituciniu bendradarbiavimu, aktyvia ir kryptinga sveikatos stiprinimo ir profilaktikos politika, išplėtotą PSP, optimizuotu SPĮ tinklu. Estijos sveikatos priežiūros sistema pirmąją ES pagal informacinių sistemų naudojimą. Viena iš Estijos sveikatos priežiūros sistemos problemų – sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir ši šalis*

*neturi aiškaus plano kaip šią problemą spręsti. Kita šalis, kurios patirtimi Lietuva turėtų sekti – Danija. Vykdamas nuoseklią sveikatos priežiūros sistemos kaitą, Danija pasiekė, kad jos sveikatos priežiūros sistema yra viena veiksmingiausių ES. Stacionari sveikatos priežiūra reorganizuota, stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą ir plečiant specializuotų ambulatorinių konsultacijų grandį. Šios šalies e. sveikatos sistema yra įvertinta efektyviausių pasaulyje. Tikslingai formuojama sveikatos politika ir veiksmingai valdoma sveikatos priežiūros sistema Danija pasiekė, kad jos gyventojai yra geros sveikatos, palyginti su kitų ES šalių gyventojais. Pagrindinė Danijos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problema – sveikatos netolygumų paskatinti visuomenės socialiniai skirtumai.*

### 3. Sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų Lietuvoje tyrimas ir tyrimo rezultatų analizė

Šiame magistro baigiamojo projekto skyriuje pateikiama tyrimo metodologija, kuria remiantis išnagrinėtos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos Lietuvoje. Pateikiami tyrimo metodo pasirinkimo motyvai, pristatomi tyrimo metodai, aprašomi tyrimo etapai, tyrimo instrumentas, tyrimo dalyvių imtis ir charakteristikos, etika ir duomenų analizės metodai. Šioje projekto dalyje pristatoma Danijos, Estijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklių palyginamoji analizė ir sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonės tyrimas, apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje.

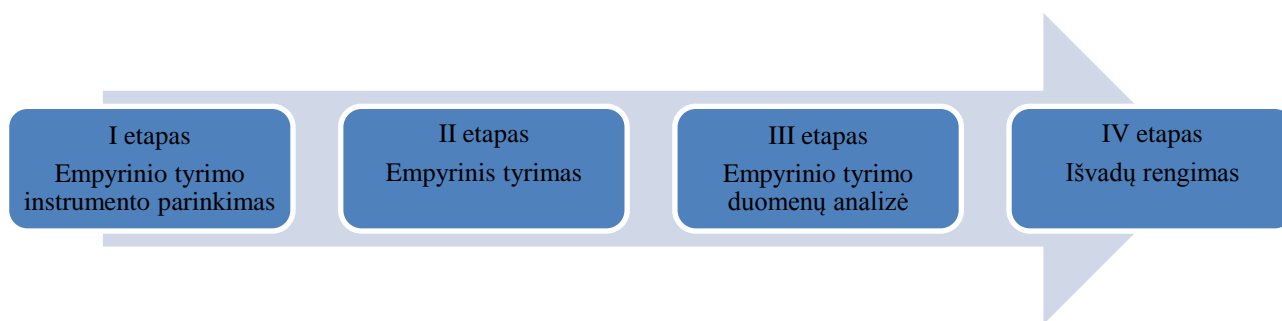
Šiuo tyrimu norima iširti pagrindines Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos problemines valdymo sritis ir šių problemų sprendimo būdus.

#### 3.1. Tyrimo metodologija

Planuojant ir atliekant sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklių palyginamąją analizę, ir sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonės apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje empirinį tyrimą, remiamasi Kardelio (2002) siūlomą tyrimo proceso nuoseklumu. Tyrimo tikslams pasiekti pasitelkti antrinės analizės, apklausos, statistinės ir lyginamosios analizės metodai. Keli metodai pasitelkti norint kuo tiksliau ir objektyviau įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymą, nustatyti valdymo problemas ir sprendimo būdus.

**Bendroji tyrimo strategija.** Atsižvelgiant į projekto objektą, numatyti keturi svarbiausieji etapai:

- Empirinio tyrimo instrumento rengimas;
- Empirinis tyrimas (antrinė analizė, kiekybinė apklausa);
- Empirinio tyrimo duomenų analizė;
- Išvadų rengimas (žr. 8 pav.).



8 pav. Tyrimo etapai

**Tyrimo problema.** Mokslinės studijos patvirtina, kad atliekant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos problemų analizę labai svarbus visų, tiek valdymą formuojančių, tiek jame dalyvaujančių, institucijų požiūris. Nes už sveikatos priežiūros sistemos veiklą būtina visų valdyme dalyvaujančių institucijų kolegiali atsakomybė, siekiant veiksmingos bendros valdymo strateginės vizijos ir jos tęstinumo visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose. Teorinių ir empirinių tyrimų taikymas leidžia nustatyti problemas ir stiprinti problemines sveikatos priežiūros sistemos valdymo sritis.

Identifikuota probleminė situacija formuluoja mokslinę tyrimo problemą: sveikatos priežiūros sistemos valdymo pažinimas skatina ieškoti geriausių valdymo sprendimų identifikuojant valdymo problemas.

**Tyrimo tikslas** - Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklių analizės ir sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonės, apie sveikatos priežiūros sistemos valdymą, tyrimo pagalba, identifikuoti sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas ir šių problemų sprendimo būdus.

**Tyrimo metodas:**

1. Antrinė duomenų analizė. Naudojantis antrinės duomenų analizės metodu, atskleista Lietuvos ir pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemų veiklos rodiklių dinamika, nustatant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje. Antrinei duomenų analizei pasirinkta naudoti Europos Komisijos teiktus šalių sveikatos profilius, kurie atskleidžia glaustą šalių sveikatos ir sveikatos sistemos apžvalgą, pabrėžiant konkrečius šalies sveikatos sistemai būdingus bruožus ir kylančias problemas. Rezultatams aprašyti taikyti duomenų sisteminimo ir grafinio atvaizdavimo metodai. Skaitiniams duomenims parodyti naudotos diagramos.
2. Anketinė apklausa (kiekybinis metodas). Anketos respondentams teiktos elektroniniu paštu. Naudojantis apklausų duomenimis, ištirta sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonė apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo procesą ir su tuo susijusias problemas Lietuvoje. Gauti rezultatai susisteminti ir apdoroti statistiškai, užtikrinant respondentų anonimiškumą. Rezultatams nustatyti taikyti metodai: aprašomoji statistika ir ryšių tarp požymių analizė. Rezultatams pailustruoti naudotos lentelės ir diagramos.

**Atrankos ir imties procedūrų parinkimas:**

1. Antrinei duomenų analizei atrinktos tos šalys, kurios pasirinktos tiriant pažangių šalių sveikatos priežiūros sistemas: Danija ir Estija. Tyrimui šalys pasirinktos dėl tarptautinių organizacijų aukštų įvertinimų. Estija – viena iš pažangesnių šalių, kurios sveikatos priežiūros sistema atgavus nepriklausomybę, kaip ir Lietuva, iš sovietinio laikotarpio turėjo paveldėjusi socialistinę sveikatos sistemą. Šią šalį analizuoti pasirinkta dėl aušto 2018 m. įvertinimo Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimo metu. Vertinant šalių sveikatos priežiūros kokybę Estija, surinkusi 729 taškus, iš trijų Baltijos šalių, reitinge įvertinta aukščiausiai – 19 vieta. Lietuvai reitinge, surinkus 622 taškus, atiteko 28 vieta. Danijai surinkus 855 taškus atiteko 3 vieta. Danija – viena iš Europoje klestinčių valstybių, siekianti socialinės gerovės savo piliečiams ir kurios sveikatos priežiūros sistema yra įvertinta veiksmingiausia tarp ES šalių.
2. Sveikatos priežiūros valdyme dalyvaujančių institucijų nuomonės apie sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas Lietuvoje tyrime numatoma apklausti 35 įstaigas, kurios tiesiogiai dalyvauja SPĮ valdyme. Tiriamoji imtis nurodo pagal tam tikrą požymį išskirtus informacijos prasme dominuojančius objektus. Atlikto tyrimo objektas – tikslinės atrankos būdu (sisteminioji imtis) atrinktos valdymą formuojančios ir valdyme dalyvaujančios institucijos. Tikslinės atrankos būdu atrinktos:
  - SAM – pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos valdytoja;
  - VLK – koordinuojanti sveikatos priežiūros sistemos finansavimą;
  - didžiausių savivaldybių, kurios atsakingos už PSP, mažų ir vidutinių ligoninių, ir tam tikros visuomenės sveikatos veiklos organizavimą;
  - visuomenės sveikatos centrai, atsakingi už visuomenės sveikatos saugos valdymą, valstybinę visuomenės sveikatos saugos kontrolę, užkrečiamų ligų profilaktiką ir kontrolę;
  - universiteto lygmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Tiriamos grupės dydis – 35, pasirinktas dėl tyrimo tikslo ir tiriamos populiacijos savybių – vienalytiškumo tiriamojo požymio atžvilgiu. Remiantis mokslininkų rekomendacijomis, jei tyrėjas savo tyrimo rezultatus siekia apdoroti statistiniais būdais, tada minimalus atvejų skaičius neturėtų būti mažesnis kaip 30 (Cohen ir kt., 2000). Siekiant, kad tyrimas būtų reprezentatyvus apskaičiuotas imties tūris: generalinę visumą sudaro 35 objektai, esant 95 proc. paklaidai ir 5 proc. tikimybei, reikalingas imties dydis yra 31. Kadangi tyrime 35 generalinės visumos vienetų reprezentuoti buvo paimta 33 atvejų imtis, tai galima teigti, kad tyrimo metu gauti duomenys yra reprezentatyvūs.

**Tyrimo instrumento struktūra.** Tyrimo instrumentas – anketa (žr. 1 priedą). Anketa sudaryta remiantis projekte atliktos teorinės literatūros analize. Anketoje pateikti klausimai atspindėjo informaciją apie efektyvų valdymą lemiančius veiksnius, juos siejant su valdymo problemomis. Anketa sudaryta iš 21 uždaro ir pusiau atviro klausimo, 6 iš jų sociodemografiniai klausimai (lytis, darbo stažas, išsilavinimas, įstaiga kuriai atstovaujate). Pusiau atviri klausimai pasirinkti dėl respondentų galimybės laisvai reikšti nuomonę, komentarus ar pastabas.

Teiktus teiginius tiriamieji turėjo įvertinti intervalinėje, nominalinėje, ranginėje ir Likerto skalėje. Intervaline skale matuoti požymiai, turintys skaitmeninę išraišką. Ši skalė panaudota darbo stažui nustatyti. Objektyvūs duomenys apie respondentus buvo nustatomi nominaline skale. Likerto skale buvo matuojama respondento nuomonė. Sudarant Likerto skalę, nagrinėjamas klausimas pateikiamas kaip konstatuojamasis sakinytis, o tada pateikiama keletas atsakymo variantų arba pasirinkimų, kurie galėtų parodyti respondento sutikimo ar pritarimo šiam sakiniui mastą. Naudoti šeši atsakymų variantai nuo „visiškai nesvarbus“ iki „labai svarbus“ su atitinkamomis skaitinėmis reikšmėmis intervale nuo 1 iki 8. Ranginėje skalėje klausimai prasidėjo jungtuku ar, atsakymus apateikiant trijų balų skalėje – „taip“, „ne“, „nežinau“.

Anketos klausimais buvo siekta įvertinti sveikatos priežiūros sistemos valdymą, išskirti valdymui įtaką darančias problemas ir nustatyti institucijų dalyvaujančių valdyme nuomonę apie šiandieninį sveikatos priežiūros sistemos valdymą, atskleisti šiuolaikinio valdymo kliūtis. Klausimai, susiję su analizuojama problema, apima šias sritis: tikslingai formuojama sveikatos politika, svarbiausius valdymo elementus, siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos sistemos valdymo, sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas, strateginio valdymo svarbą.

**Tyrimo patikimumas (validumas).** Tyrimo išorinis validumas buvo užtikrinamas naudojant detalų tyrimo aprašymą. Duomenų surinkimo patikimumas buvo užtikrinamas laikantis anonimiškumo ir kontrolės, atsakyti į visus klausimyne teiktus klausimus.

**Tyrimo trūkumai ir ribotumas.** Tyrimo planavimo metu buvo įvertinti sunkumai galintys iškilti tyrimo proceso metu, susiję su respondentų nenoru atsakyti ar nenoru išsamiai atsakyti į jiems teiktus klausimus. Tikėtina, kad tyrimo metu apklausiami respondentai gali šališkai atsakyti į klausimus.

Tyrimo duomenys leidžia daryti išvadas tik apie tyrime dalyvavusių respondentų nuomonę. Gauti duomenys gali būti interpretuojami tik kaip tendencija, reikalaujanti tolimesnio empirinio patikrinimo tiriant didesnę populiaciją. Kaip tyrimo ribotumą galima įvardinti tyrėjo patirties trūkumą atliekant kiekybinius tyrimus, ir rezultatų reprezentatyvumą.



## Duomenų rinkimo etapai:

- 1 etapas. Tyrimo instrumentų kūrimas, respondentų atranka (2019 m. kovas);
- 2 etapas. Anketavimas (2019 m. kovas – balandis). Iš 35 anketų sugrįžo 33 anketos (94 proc.).
- 3 etapas. Duomenų analizė (2019 m. gegužė).

**Tyrimo atlikimo etika.** Anketinės apklausos metu buvo laikomasi tyrimo etikos principų: laisvanoriškumo, pagarbos, teisingumo, teisėtumo, konfidencialumo ir anonimiškumo. Respondentams susipažinti su tyrimu buvo pateikta informacija apie atliekamo tyrimo tikslą, aplinkybės ir kaip ir kur bus pateikiama tyrimo informacija. Tyrimas buvo atliekamas laikantis tyrimo etikos principų ir nepažeidžiant respondentų teisių, užtikrinant anonimiškumą ir laisvanoriškumą. Respondentų atsakymai buvo prieinami tik projekto autorei.

**Tyrimo duomenų apdorojimas.** Tyrimo duomenys apdoroti naudojant statistinės duomenų analizės programą SPSS. Tyrimo metu, atsižvelgiant į duomenų tipą, pasirinkti skirtingi statistiniai rodikliai. Naudoti metodai leido susisteminti ir apibendrinti tyrimo rezultatus, pagal aprašomosios statistikos rodiklius (žr. 6 lent.). Apklausos duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir paveiksluose.

**6 lentelė.** Tyrime naudoti aprašomosios statistikos rodikliai

Statistinis rodiklis	Statistinio rodiklio apibūdinimas
Dažnis	Dažnis parodo, kiek imtyje yra nagrinėjama savybe pasižyminčių objektų.
Vidutinis vertinimas	Aritmetinis vidurkis – gaunamas sudedant visus įverčius ir padalinant juos iš atsakiusiųjų skaičiaus. Kuo didesnis vidutinis vertinimas, tuo labiau sutinka su atitinkamu teiginiu.
Santykinis dažnis	Santykinis dažnis parodo, imtyje nagrinėjama savybe pasižyminčių objektų skaičius, išreikštas kaip visos imties nuošimtis.
Standartinis nuokrypis	Standartinis nuokrypis yra matuojamo požymio sklaidos matas, parodantis, kaip stipriai pavienės požymio reikšmės svyruoja apie vidurkį. Kuo santykinio nuokrypio reikšmė mažesnė, tuo apklaustųjų nuomonė nagrinėjamu klausimu yra vieningesnė. Ir atvirkščiai, kuo didesnis, tuo ekspertų nuomonė atitinkamu klausimu mažiau vieninga.
Statistinės paklaidos tikimybė	Statistinės paklaidos tikimybės p kritinė riba parodo, koks yra leistinas statistinių sprendimų paklaidos dydis. Visi statistiniai sprendimai, netenkinantys sąlygos $p \leq 0.05$ , šiame tyrime traktuojami kaip nepagrįsti. Kitaip tariant, šiame tyrime buvo užsibrėžta ne didesnė nei 5% leistina statistinių sprendimų paklaida.

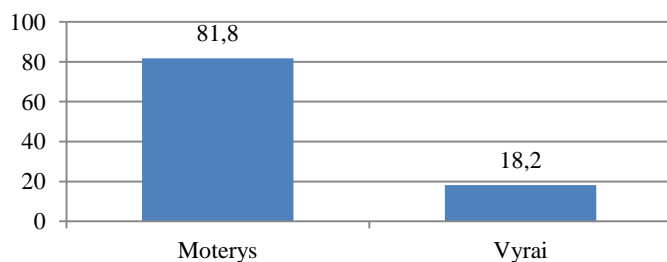
Visiems Likerto skalės klausimams buvo apskaičiuoti vidutiniai vertinimai ir standartiniai nuokrypiai.

Statistiniui ryšiui tarp požymių įvertinti naudota koreliacinė analizė. Ryšiams tarp ranginių požymių nustatyti taikytas Spirmeno koreliacijos koeficientas [r]. Koreliacijos koeficientas parodo ryšio stiprumą, o ženklas ryšio kryptį. Šio koeficiento reikšmė svyruoja nuo -1 iki 1. Kuo arčiau 1 ar -1, tuo ryšys yra stipresnis. Neigiamas koreliacijos koeficientas rodo atvirkštinį ryšį, o teigiamas – tiesioginį. Koreliacijos koeficientas yra statistiškai reikšmingas tik tuo atveju, jei jį atitinkanti p reikšmė yra mažesnė už 0.05 (labai reikšmingas, jei p reikšmė yra mažesnė už 0.01).

### 3.2. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo kiekybinis tyrimas

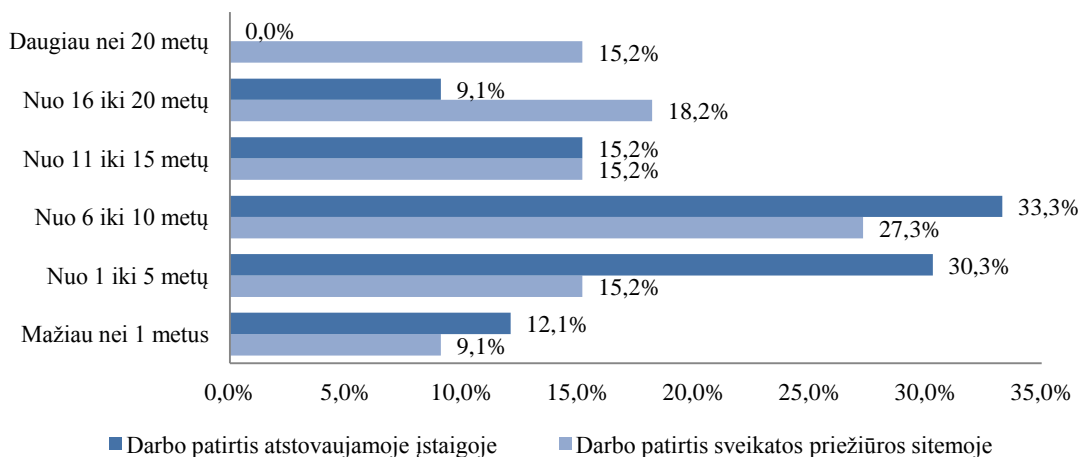
Tyrimo pradžioje apžvelgiamos sociodemografinės respondentų charakteristikos. Tyrime dalyvavo įtaigų, dalyvaujančių sveikatos priežiūros sistemos valdyme, darbuotojai. Iš viso apklausoje dalyvavo 33 įstaigos. Imtyje dalyvavo vyrai ir moterys, suskirstyti pagal sveikatos priežiūros sistemos valdyme dalyvaujančias įstaigas kuriose dirba (asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos įstaigas, sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo, specialiuosius valdymo ir kontrolės subjektus, savivaldos vykdomąsias institucijas), pagal darbo patirtį ir pareigas.

Respondentų pasiskirstymas pagal lytį rodo (žr. 9 pav.), kad tyrime dominuoja moterys (81,8 proc.), vyrai sudaro 18,2 proc. respondentų. Galima būtų daryti išvadą, kad moterys labiau linkusios dalyvauti apklausoje nei vyrai.



**9 pav.** Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Išanalizavus duomenis apie tyrime dalyvavusių respondentų darbo stažą sveikatos priežiūros sistemoje ir tyrime atstovaujamoje įstaigoje (žr. 10 pav.), matyti, kad didžioji dalis respondentų (33,3 proc.) su sveikatos priežiūros sistema susijusioje srityje dirba nuo 6 iki 10 metų, kaip ir tyrime atstovaujamoje įstaigoje (27,3 proc.).



**10 pav.** Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą

Mažiausiai tyrime dalyvavo respondentų, kurių darbo patirtis atstovaujamoje įstaigoje sudaro nuo 16 iki 20 metų (9,1 proc.) ir, kurių patirtis sveikatos priežiūros sistemoje mažiau nei 1 metai (9,1 proc.). Respondentai kurių patirtis atstovaujamoje įstaigoje daugiau nei 20 metų tyrime nedalyvavo. Rezultatai rodo, kad tyrime dalyvavo respondentai sukaupę nemažą darbo patirtį sveikatos priežiūros sistemoje, todėl manytina, kad respondantai turėtų turėti objektyvios patirties padėti atskleisti sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas ir jų sprendimo būdus.

Didžioji dalis (94 proc.) turime dalyvavusių respondentų išsilavinimas įgytas universitetinėje aukštojoje mokykloje (žr. 8 lent.), iš jų 57,6 proc. įgiję bakalauro kvalifikacinį laipsnį, 36,4 proc. – magistratūros, rezidentūros ar doktorantūros mokslinį laipsnį. Gauti rezultatai rodo, kad darbuotojai dalyvavę tyrime yra aukštos mokslinės kvalifikacijos, todėl gebės sveikatos priežiūros sistemos valdymą įvertinti įvairiais aspektais.

Atliekant tyrimą svarbu išsiaiškinti kokiose institucijose ir pareigose dirba respondentai (žr. 7 lent.). Daugiausiai (54,5 proc.) tyrime dalyvavo administracinį darbą dirbančių specialistų, mažiausiai (3,0

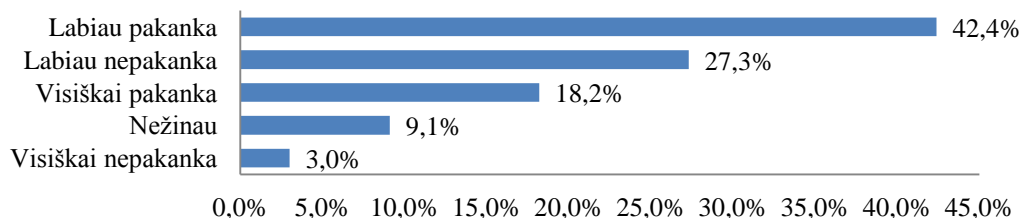
proc.) – visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, vadovaujama darbą dirbantys respondentai ir sveikatinimo veikla užsiimantys specialistai sudarė po 21,2 proc. apklaustųjų.

**7 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, pareigas ir instituciją

<b>Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą</b>	<b>Santykinis dažnis</b>
Įgytas magistratūros, rezidentūros ar doktorantūros mokslinis laipsnis	36,4 %
Aukštasis išsilavinimas, įgytas universitetinėje aukštojoje mokykloje	57,6 %
Aukštasis išsilavinimas, įgytas neuniversitetinėje aukštojoje mokykloje	3,0 %
Aukštesnysis išsilavinimas	3,0 %
<b>Respondentų pasiskirstymas pagal pareigas</b>	<b>Santykinis dažnis</b>
Įstaigos vadovas	9,1%
Padalinio vadovas (departamento, skyriaus, poskyrio)	12,1%
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas	3,0%
Sveikatinimo veiklos specialistas	21,2%
Specialistas (vyriausiasis, vyresnysis ir pan.)	54,5%
<b>Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigą</b>	<b>Santykinis dažnis</b>
Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	6,1%
Visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga	12,1%
Sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo subjektas	6,1%
Sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo ir kontrolės subjektas	18,2%
Savivaldos vykdomoji institucija	57,6%

Tyrime dalyvavo respondentai dirbantys sveikatinimo veiklos specialiuosiuose valdymo ir kontrolės įstaigose (18,2 proc.), savivaldybių administracijose (57,6 proc.), visuomenės sveikatos (12,1 proc.) ir asmens sveikatos priežiūros (6,1 proc.) įstaigose ir SAM (6,1 proc.). Įstaigos dalyvavusios apklausoje savo veikloje tiesiogiai dalyvauja sveikatos priežiūros sistemos valdyme, todėl turės patirties objektyviai įvertinti su šiuo valdymu susijusias problemas.

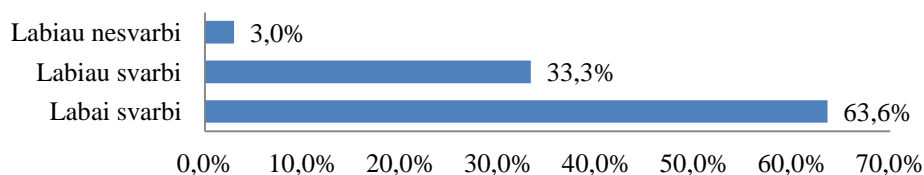
Norint užtikrinti efektyvią ir veiksmingą sveikatos priežiūros sistemą, tikslingai formuojamos sveikatos politikos tikslai ir siekiai turi atsispindėti sveikatos priežiūros sistemos strateginiame valdyme. Sveikatos politikos tikslai ir prioritetinės kryptis turi būti apibrėžiami viešai, o visos veiklos ir planai turi būti sistemingai ir nenutrūkstamai įgyvendinami visuose sveikatos priežiūros sistemos valdymo lygiuose. Nuo to kaip tikslingai ir kryptingai įgyvendinama šalies sveikatos politika, priklauso sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas. Lietuvos, kaip ir daugelio ES šalių, sveikatos politika formuojama remiantis ES politinių dokumentų nuostatomis. Todėl tikslinga iširti ar įstaigoms, kurios tiesiogiai dalyvauja sveikatos priežiūros sistemos valdyme, pakanka informacijos apie ES formuojamą sveikatos politiką (žr. 11 pav.) ir ar joms svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas (žr. 12 pav.).



**11 pav.** Ar pakanka informacijos apie ES formuojamą sveikatos politiką

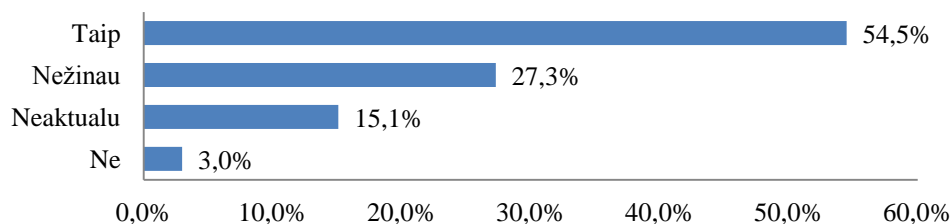
Rezultatai parodė, kad tik 18,2 proc. respondentų visiškai pakanka informacijos apie ES formuojamą sveikatos politiką, daugiausiai (42,4 proc.) respondentų nurodė, kad šios informacijos labiau pakanka,

o 27,3 proc. respondentų, kad šios informacijos labiau nepakanka, 9,1 proc. respondentų nežino apie ES formuojamą sveikatos politiką. Iš gautų rezultatų galima daryti prielaidą, kad informacijos apie ES formuojamą politiką trūkumas, gali lemti nenuoseklią ir neturinčią tęstinumo sveikatos politiką.



**12 pav.** Ar svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas

Didžioji dalis (63,6 proc.) respondentų mano, kad sveikatos priežiūros sistemai labai svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas ir trečdalis (33,3 proc.) respondentų nurodė, kad tai labiau svarbūs. Galima daryti prielaidą, kad didžioji dalis šalies sveikatos priežiūros sistemos valdymą koordinuojančių institucijų valdymo tikslus ir uždavinius sieja su šalyje formuojamos sveikatos politikos tikslais ir prioritetais, tačiau net trečdaliui įstaigų šie siekiai nėra svarbūs. Panašią tendenciją atspindi respondentų atsakymas į klausimą „Ar Jūsų atstovaujamos įstaigos strateginiame veiklos plane patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai dera su šalies sveikatos politikos tikslais ir uždaviniais?“ (žr. 13 pav.).



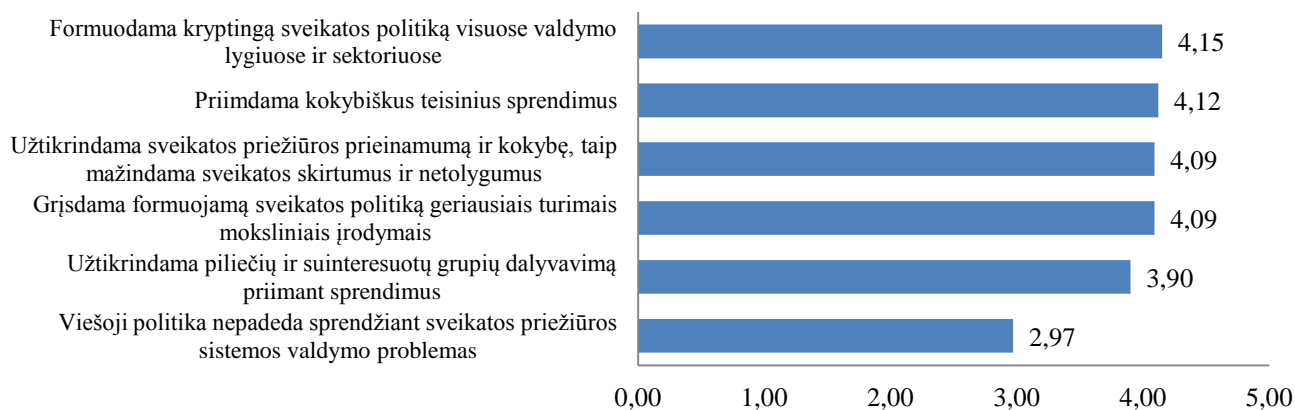
**13 pav.** Ar Jūsų atstovaujamos įstaigos strateginiame veiklos plane patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai dera su šalies sveikatos politikos tikslais ir uždaviniais?

Didžioji dalis (54,5 proc.) respondentų atsakė, kad jų įstaigų strateginiame veiklos plane patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai siejasi su šalies sveikatos politikos gairėmis, 27,3 proc. respondentų nežinojo ar jų atstovaujama įstaigų strateginiai veiklos planai siejasi su šalies sveikatos politika ir 15,2 proc. respondentų šis klausimas buvo neaktualus. Respondentai, kurių atstovaujama įstaigų strateginiuose veiklos planuose patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai nesisieja su šalies sveikatos politikos tikslais ir uždaviniais, sudarė 3 proc. apklaustųjų.

Galima daryti išvadą, kad įstaigose, kurių atstovams šis klausimas buvo neaktualus, nėra patvirtintas strateginis veiklos planas ir jų veikla strategiškai nėra kryptinga visos šalies sveikatos politikos atžvilgiu. Įstaigų, kurių darbuotojai nežino ar strateginiame veiklos plane patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai nėra strategiškai valdomos sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu, kaip ir įstaigos, kurių atstovai atsakė „ne“. Strateginio valdymo stoka viena iš pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų, lemianti neefektyvų sistemos valdymą. Nes tik efektyvi į visus valdymo lygius integruota strateginio veiklos planavimo ir valdymo sistema suteikia galimybes gerinti valdymą, supaprastinti valdymo ir kontrolės procesus, padidinti jų skaidrumą ir pritaikyti šiuolaikinius valdymo metodus. Sveikatos politikos tikslai ir prioritetai turi būti apibrėžiami aiškiai ir

viešai, o sveikatos priežiūros strategijos ir jų įgyvendinimo planai nuosekliai vykdomi visuose valdymo lygiuose. SAM turi vykdyti veiksmingo dialogo politiką visose sveikatos priežiūros sistemos institucijose, nepriklausomai jos pavaldumo ar teisinės formos.

Kryptingai formuojama ir įgyvendinama sveikatos politika turi padėti institucijoms, nustatyti pagrindines valdymo kryptis ir sveikatos prioritetus. Siekiant išsiaiškinti kaip šalies sveikatos politika padeda valdant sveikatos priežiūros sistemą, respondentams buvo apteiktas klausimas su 6 atsakymų skale (žr. 14 pav.)



**14 pav.** Ar sutinkate su pateiktais teiginiais, kaip sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas?

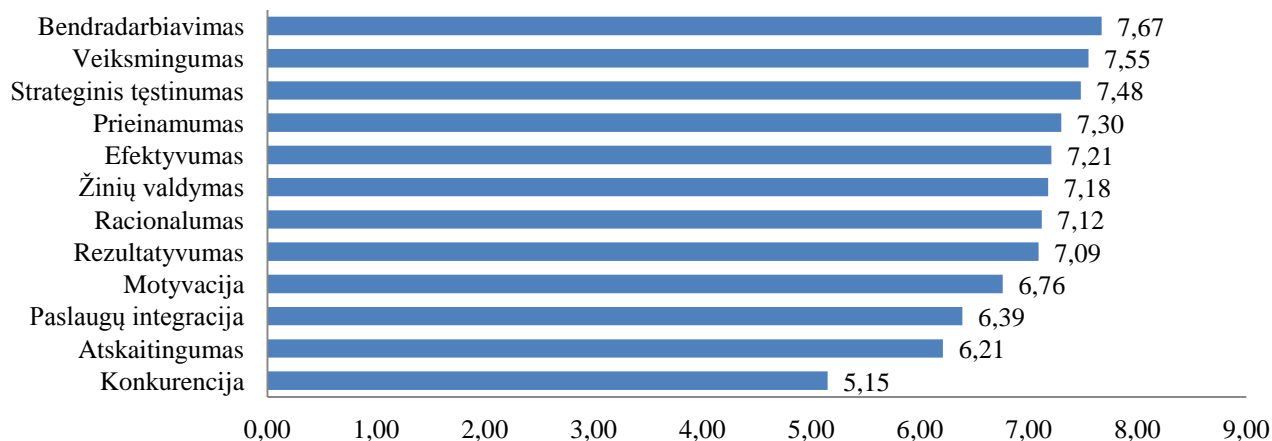
Vertinant sveikatos politikos indėlį sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos problemas, labiausiai respondentai sutiko (96,9 proc.) su teiginiu, kad sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas formuodama kryptingą sveikatos politiką visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose ir priimdama kokybiškus teisinius sprendimus, o labiausiai nesutiko, kad viešoji politika nepadeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas.

Statistiškai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys užfiksuotas tarp darbo trukmės su sveikatos sistema susijusioje srityje ir teiginio, kad sveikatos politika padeda spręsti sveikatos priežiūros valdymo problemas formuodama kryptingą sveikatos politiką visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose ( $r=0.400$ ,  $p=0.021<0.05$ , žr. 2 priedą). Galima teigti, kad kuo daugiau metų respondentas dirba su sveikatos sistema susijusioje srityje, tuo labiau sutinka su nurodytu teiginiu. Žemesnį išsilavinimą turintys respondentai labiau linkę teigti, kad viešoji politika nepadeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas ( $r=0.409$ ,  $p=0.018<0.05$ , žr. 2 priedą).

Naudojantis mokslinėje literatūroje teikiamais susistemintais reikalavimais sveikatos priežiūros sistemoms, teorinėje projekto dalyje teiktas efektyviai valdomos sveikatos priežiūros sistemos modelis (žr. 6 pav.) ir išskirti pagrindiniai elementai, kurie apibūdina efektyviai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą. Siekiant išsiaiškinti kokie valdymo elementai svarbiausi efektyviai valdant sveikatos priežiūros sistemą, respondentams buvo pateiktas klausimas su 12 pagrindinių valdymo elementų skale (žr. 15 pav.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentų nuomone svarbiausi iš valdymo elementų yra bendradarbiavimas (75,7 proc.) ir veiksmingumas (75,0 proc.), o mažiausiai svarbus valdymo elementas – konkurencija (48,5 proc.). Gauti rezultatai patvirtina, kad veiksminga sveikatos priežiūros sistema turi būti pagrindinis valdymo siekis, o bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemos

valdyme turi tapti įprasta praktika. Maža konkurencijos svarba tarp respondentų nuomonių, leidžia spręsti apie konkurencijos tarp sveikatos priežiūros įstaigų trūkumą.



**15 pav.** Įvertinkite, kurie valdymo elementai svarbiausi siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos priežiūros sistemos valdymo

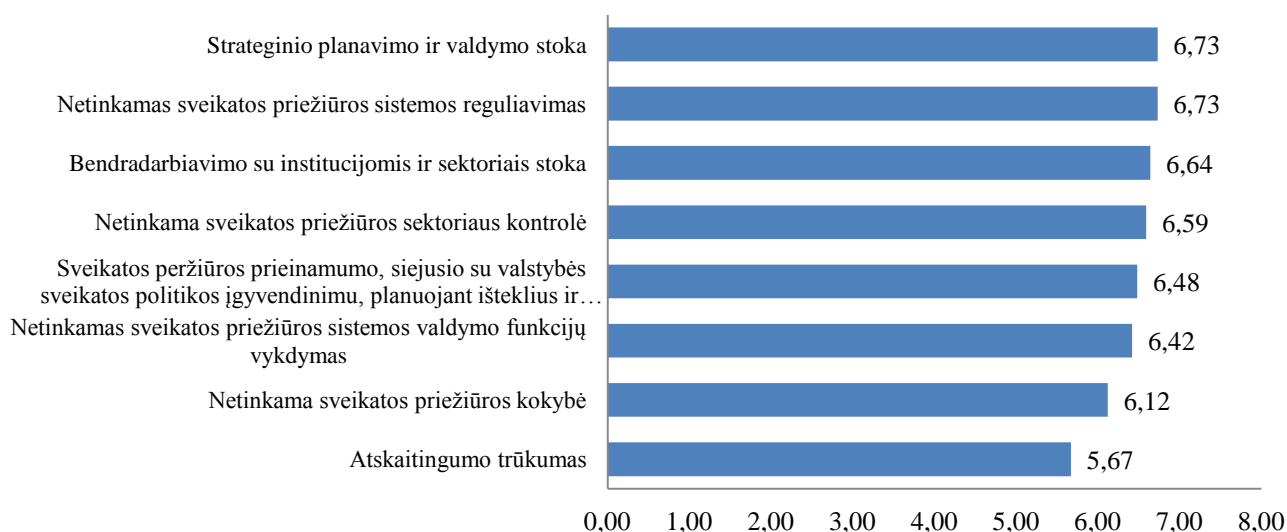
Statistiškai labai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys užfiksuotas tarp klausimo „Ar svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas?“ ir teiginio, kad veiksmingumas svarbiausia siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos priežiūros sistemos valdymo ( $r=0.453$ ,  $p=0.008<0.01$ , žr. 2 priedą). Pasinaudojus koreliacijos interpretacija galima teigti, kad respondentams, kuriems svarbi tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas, veiksmingumas svarbiausias valdymo elementas. Konkurencijos užtikrinimas svarbiausias respondentams, kuriems pakanka informacijos apie ES vykdomą sveikatos politiką ( $r=0.352$ ,  $p=0.045<0.05$ , žr. 2 priedą). Didesnę darbo patirtį turintiems respondentams svarbus – strateginis tęstinumas ( $r=0.406$ ,  $p=0.019<0.05$ , žr. 2 priedą).

Atvirkštinis ryšys užfiksuotas tarp išsilavinimo ir paslaugų integracijos, kaip svarbiausio valdymo elemento ( $r=-0.347$ ,  $p=0.048<0.05$ , žr. 2 priedą). Aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai labiau linkę sutikti, kad paslaugų integracija yra svarbus valdymo elementas, siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos priežiūros sistemos valdymo, nei žemesnio išsilavinimo respondentai.

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų priežastis, respondentams buvo pateiktos apibendrintos mokslininkų tyrimuose dažniausiai minimos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos ir prašoma jas sureitinguoti pagal svarbą (žr. 16 pav.).

Tyrimas parodė, kad respondentų nuomone, pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos problemos susijusios su netinkamu sveikatos priežiūros sistemos reguliavimu (81,8 proc.) ir strateginio planavimo ir valdymo stoka (81,8 proc.), tuo tarpu mažiausiai reikšminga valdymo problemų priežastis – atskaitomybės trūkumas (57,6 proc.). Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad netinkamas reguliavimo funkcijos vykdymas, sveikatos priežiūros sistemos valdyme lemia produktyvumo ir teisėtumo trūkumą. Mokslininkai ne kartą yra pastebėję, kad strateginio valdymo funkcija apima sveikatos sistemos strateginės vizijos nustatymą, politikos nuostatų formulavimą, siekiant kuo geresnių visuomenės sveikatos rodiklių. Galima teigti, kad strateginio planavimo ir valdymo stoka rodo netinkamą

strateginio valdymo funkcijos vykdymą, lemiantį blogus visuomenės sveikatos rodiklius ir neefektyvią sveikatos priežiūros sistemą.



**16 pav.** Sureitinguokite sveikatos priežiūros valdymo problemų priežastis

Ryšių tarp požymių analizė parodė statistiškai reikšmingą silpną ryšį tarp klausimo „Ar svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas?“ ir teiginio, kad netinkama sveikatos priežiūros kokybė yra viena iš pagrindinių sveikatos priežiūros problemų ( $r=0.382$ ,  $p=0.028<0.05$ , žr. 2 priedą). Pasinaudojus koreliacijos interpretacija galima teigti, kad kuo svarbesnė respondentams tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja veiksmingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas, tuo jie labiau sutinka, kad netinkama sveikatos priežiūros kokybė yra pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos valdymo problema.

Atsižvelgiant į tai, kad respondentai sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas vertino naudodamiesi praktine patirtimi, buvo pateiktas atviro tipo klausimas siekiant nustatyti ir kitas, nei 19 pav. pateiktas valdymo problemas. Respondentų įvardintos valdymo problemos pateiktos 8 lentelėje.

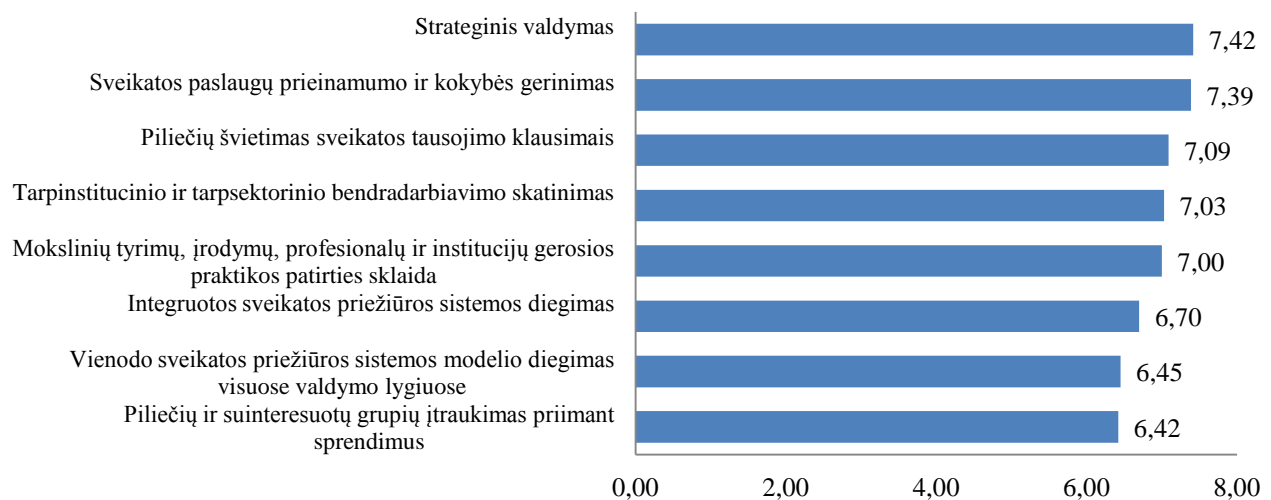
**8 lentelė.** Respondentų įvardintos valdymo problemos

Istaiga	Respondento įvardinta valdymo problema
Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	Mažas atlyginimas, specialistų trūkumas (nenoras dirbti už mažą atlygį). Korupcija.
Visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga	SAM darbuotojų nepakankama kompetencija ir nenoras išklausti specialistų nuomonės. Nuolat vyksta reformos, tačiau nematuojama, ar davė naudos jau įvykę pokyčiai. Nevertinama pokyčių rizika, neatliekama aplinkos konteksto analizė. Atotrūkis tarp sprendimų priėmimo ir vykdymo.
Sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo subjektas	Lyderių ir lyderystės stoka.
Sveikatinimo veiklos specialusis valdymo ir kontrolės subjektas	Neaišku kas yra kokybiška paslauga ir kokių paslaugų vartotojas turi reikalauti. Nepakankama informacijos sklaida. Pertekliniai reikalavimai. Ekonomiškumo trūkumas.

Istaiga	Respondento įvardinta valdymo problema
Savivaldos vykdomoji institucija	Nėra darbo koordinavimo tarp gydymo įstaigų mieste.
	Sisteminio požiūrio ir ilgalaikės strategijos nebuvimas.
	Teisinio reguliavimo nuoseklumas, aiškumas.
	Nėra lyderių vadovų.
	Bendradarbiavimo medicinos darbuotojų bendruomenėje (tiek kompetencijos kėlimo klausimu, tiek sutarimo palaikant tam tikras reformas ir/ar ministerijos sprendimus (kaip, pavyzdžiui, visuotinė imunizacija ir pan.).
	Netinkamas valdymas rajonuose.
	Sveikatos įstaigos vadovų žema kompetencija valdymo klausimais.
	Nesuderinta teisinė bazė tarp atskirų sričių.
	Finansavimo ir darbo išteklių stoka.
	Netinkamai paskaičiuotas paslaugų apmokėjimas.

Išanalizavus respondentų įvardintas problemas, galima teigti, kad pagrindinės respondentų pateiktos valdymo problemos susijusios su pagrindinių valdymo funkcijų netinkamu vykdymu: neracionalus išteklių paskirstymas, netinkamas sistemos valdymo koordinavimas, žema valdymo kompetencija, teisinio reguliavimo nenuoseklumas, sisteminio požiūrio ir ilgalaikės strategijos nebuvimas.

Ištyrus pagrindines valdymo problemas, svarbu išsiaiškinti priemones galinčias padėti šias problemas išspręsti. Tiriant respondentų nuomonę kokios pagrindinės priemonės galėtų padėti išspręsti sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas, respondentams buvo pateikti moksliniuose darbuose dažniausiai minėti valdymo problemų sprendimo būdai (žr. 17 pav.).



**17 pav.** Įvertinkite, kurios iš nurodytų priemonių yra pagrindinės sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas

Respondentų nuomone, strateginis valdymas (93,9 proc.) ir sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas (93,9 proc.) yra pagrindinės priemonės siekiant spręsti sveikatos priežiūros sistemos problemas. Mažiausiai reikšmingomis valdymo problemų sprendimo priemonėmis, respondentai nurodė, vienodo sveikatos priežiūros sistemos modelio diegimą visuose valdymo lygiuose (70,0 proc.) ir piliečių ir suinteresuotų grupių įtraukimą priimančiam sprendimui (67,0 proc.). Tyrimo rezultatai parodė, kad įstaigoms dalyvaujančioms sveikatos priežiūros sistemos valdyme nėra svarbus bendradarbiavimas, todėl sveikatos priežiūros sistemos valdymui nebūdingas į konsensuą orientuotas bendradarbiavimas, o į patariamąjį sprendimų priėmimo procesą neįtraukiamos suinteresuotos šalys. Todėl sunku užtikrinti darnią sveikatos priežiūros sistemą ir kryptingai siekti



sveikatos tikslų, gerinti gyventojų sveikatą ir teikti visuomenės poreikius tenkinančias sveikatos priežiūros paslaugas.

Atliekant ryšių tarp požymių analizę, statistiškai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys užfiksuotas tarp respondentų išsilavinimo ir teiginio, kad vienodo sveikatos priežiūros sistemos modelio diegimas visuose valdymo lygiuose yra pagrindinė priemonė sprendžiant sveikatos priežiūros valdymo problemas ( $r=0.402$ ,  $p=0.020<0.05$ , žr. 2 priedą). Galima teigti, kad kuo aukštesnis respondento išsilavinimas, tuo labiau sutinka su nurodytu teiginiu. Mažesnę darbo stažą tyrime atstovaujamoje įstaigoje turintys respondentai, labiau linkę teigti, kad pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų sprendimo priemonė – tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimas ( $r=-0.382$ ,  $p=0.028<0.05$ , žr. 2 priedą). Mažiausią darbo patirtį sveikatos priežiūros sistemoje turintys respondentai, pagrindinėmis sveikatos priežiūros valdymo problemų sprendimo priemonėmis, linkę įvardinti, ne tik tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo skatinimą ( $r=-0.360$ ,  $p=0.040<0.05$ , žr. 2 priedą), bet ir strateginį valdymą ( $r=-0.346$ ,  $p=0.049<0.05$ , žr. 2 priedą).

Siekiant sužinoti respondentų nuomonę, kokias valdymo problemų sprendimo priemones gali pasiūlyti respondentai, buvo pateiktas atviro tipo klausimas. Respondentų įvardintos valdymo problemų sprendimo priemonės pateiktos 9 lentelėje.

**9 lentelė.** Respondentų įvardintos valdymo problemų sprendimo priemonės

<b>Istaiga</b>	<b>Respondento įvardinta valdymo problema</b>
Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	Didesnė naudojamų išteklių kontrolė.
	Žmogiškųjų išteklių turėjimas, didesnis atlyginimas ne tik medicinos darbuotojams, tačiau ir kitam personalui.
Visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga	Tik kompetetingi specialistai visuose valdymo lygiuose. Kompetetingi ir sveikatos sektorių išmanantys įstaigų vadovai.
	Nuosekli analizė prieš priimančias sprendimus.
Sveikatinimo veiklos specialusis valdymo ir kontrolės subjektas	Žemesnės grandies asmens sveikatos priežiūros specialistų įtraukimas į sprendimų priėmimo procesą.
	Didesnė kontrolė.
	Aiškesnis reglamentavimas ir informacijos sklaida.
	Ekonomiškumo didinimas.
Savivaldos vykdomoji institucija	Įstatymų ir reglamentų laikymasis.
	Sisteminis požiūris ir ilgalaikės sveikatos politikos strategijos numatymas.
	Asmenų, dalyvaujančių sveikatos priežiūros sistemos valdyme, kompetencija.
	Gerosios patirties adaptavimas.
	Įstaigos vadovo kaip vadybininko kompetencijų stiprinimas.
	Žmogiškųjų išteklių valdymas.
	Suderinta įstatyminė bazė.
	Didesnis finansavimas.

Išanalizavus respondentų įvardintas priemones, galima teigti, kad pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų sprendimo priemonės, kurias įvardijo respondentai: didesnė kontrolė, racionalus išteklių paskirstymas, valdymo kompetencijų didinimas, nuosekli analizė prieš priimančias sprendimus, bendradarbiavimas, aiškesnis veiklos reglamentavimas ir teisėtumo didinimas.

### **3.3. Danijos, Estijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemų valdymo rodiklių lyginamoji analizė**

Siekiant atskleisti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas, ir palyginti jas su Estijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemos valdymo pažanga ir problemomis, tikslinga naudoti statistinių rodiklių duomenis. Sveikatos sistemos vertinimas atliekamas analizuojant veiklos rezultatus pagal

skirtingus rodiklius (Žegunis, 2015). Pasirinkta naudoti Europos Komisijos teiktus šalių sveikatos profilius, kurie atskleidžia glaustą šalių sveikatos ir sveikatos sistemos apžvalgą, pabrėžiant konkrečius šalies sveikatos sistemai būdingus bruožus ir kylančias problemas. Šiais dokumentais siekiama valstybėms padėti formuoti įrodymais grindžiamą sveikatos politiką ir sveikatos priežiūros sistemų valdymą. Šalių pažangai grįsti naudota antrinė duomenų analizė, kuri sufokusuota į Danijos, Estijos ir Lietuvos lyginamąją analizę, lyginant šių šalių demografinius ir sveikatos rodiklius, ir pateikiant bendrą ES valstybių narių rezultatų vidurkį.

Antrine duomenų analize atskleista, jog demografiniai veiksniai visose šalyse mažai skiriasi nuo ES vidurkio, tačiau skiriasi socialiniai ir ekonominiai šalių veiksniai (žr. 10 lent.).

**10 lentelė.** Danijos, Estijos ir Lietuvos demografiniai, socialiniai ir ekonominiai veiksniai 2015-2017 m. (Eurostato duomenų bazė)

<b>Demografiniai veiksniai</b>									
	<b>Gyventojų skaičius (tūkst.)</b>			<b>Vyresnių nei 65 metų gyventojų dalis (proc.)</b>			<b>Gimstamumo rodiklis</b>		
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Danija	5.660	5.707	5.749	18,6	18,8	19,1	1,7	1,8	1,7
Estija	1.315	1.316	1.316	18,8	19,9	19,3	1,6	1,6	1,6
Lietuva	2.921	2.888	2.848	18,7	19,0	19,3	1,7	1,7	1,6
ES	508.520	510.182	511.373	18,9	19,2	19,4	1,6	1,6	1,6
<b>Socialiniai ir ekonominiai veiksniai</b>									
	<b>BVP vienam gyventojui (Eur. PGP)</b>			<b>Santykinis skurdo lygis (proc.)</b>			<b>Nedarbo lygis (proc.)</b>		
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Danija	36.449	35.784	34.944	7,1	6,8	7,2	6,2	6,2	5,7
Estija	21.812	21.868	21.567	12,5	13,1	13,0	6,2	6,8	5,8
Lietuva	21.525	21.300	21.294	14,4	15,9	16,1	9,1	7,9	7,1
ES	28.700	28.400	27.300	10,8	10,9	10,5	9,4	8,5	7,6

Lietuvoje, išskirtinai nei Estijoje, Danijoje ir visoje ES, gyventojų skaičius kiekvienais metais mažėja. Mažėjimą lemia įvairūs veiksniai: neigiamas gyventojų gimstamumas, didelis mirtingumas, emigracija. Lietuvoje, Danijoje ir visoje ES pastebimas gyventojų senėjimo procesas, Estijoje šis procesas lėtėja, tai rodo 2017 m., palyginus su 2016 m., vyresnių nei 65 metų gyventojų dalies sumažėjimas 0,6 proc. Senstanti visuomenė – pagrindinis veiksnys, reikalaujantis imtis neatidėliotųjų priemonių, siekiant pritaikyti esamas sveikatos priežiūros sistemas prie globalių iššūkių.

Kaip buvo minėta teorinėje projekto dalyje didžiausią įtaką žmonių sveikatai daro socialinė, ekonominė ir fizinė aplinka. Geriausia žmonių sveikatai socialinė ir ekonominė aplinka sudaryta Danijoje. Šios šalies bendrasis vidaus produktas [BVP] eurais perkamosios galios paritetu [PGP] visą laikotarpį viršija ES vidurkį, 2015 m. – 27 proc., 2016 m. – 26 proc., 2017 m. – 28 proc. Šis rodiklis daugiau nei 60 proc. didesnis nei Lietuvos ir Estijos visą analizuojamą laikotarpį. Lietuvoje 2015 m. ir 2016 m. reikėjo 0,75 euro, 2017 m. – 0,78 euro, Estijoje 2015 m. reikėjo 0,76 euro, 2016 m. – 0,77 euro, 2017 m. – 0,79 euro, kad būtų galima įsigyti tą patį prekių ir paslaugų kiekį, kurį galima buvo įsigyti už vieną PGS. BVP, tenkantis vienam gyventojui, PGP, atspindi šalies BVP, palyginti su ES vidurkiu, ir yra ekonomikos veiksnys nuo kurio priklauso šalies gyventojų sveikata ir ekonominė gerovė.

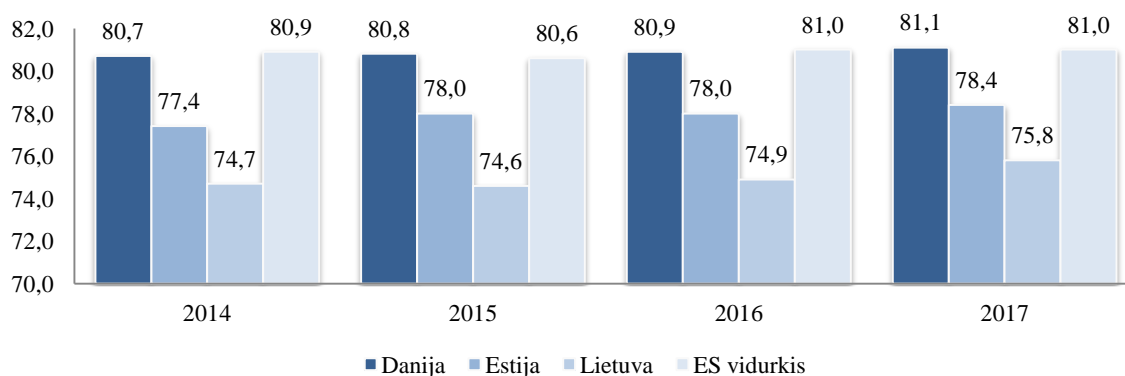
Kitas veiksnys lemiantis šalies gyventojų sveikatą – santykinis skurdas. Šis rodiklis susijęs su pajamų nelygybe šalyje ir parodo dalies gyventojų atotrūkį nuo vidutinės pajamas gaunančių asmenų

gyvenimo lygio. Skurdas lemia blogesnę gyventojų sveikatą, nes skurstantys asmenys priversti taupyti savo sveikatos sąskaita – pirkdami pigiausius maisto produktus, atsisakydami vaistų, o skurde augantys vaikai dažnai būna silpnesnės sveikatos. Skurdas didina mirtingumą, skatina psichologinį stresą, nusikalstamumą ir emigraciją. Todėl tikėtina, kad šalyse kuriose santykinio skurdo lygis didesnis, reikės didesnių išlaidų sveikatos priežiūros sistemai. Lietuvoje santykinis skurdo lygis 2017 m. siekė 16,1 proc., palyginti su 2016 m. jis išaugo 0,2 proc., lyginant su 2015 m. išaugo 1,2 proc. ir visais laikotarpiais buvo du kartus didesnis nei Danijoje ir vieną kartą didesnis nei Estijoje. Santykinio skurdo lygio didėjimas parodo, kad mažiausias pajamas gaunančių žmonių padėtis per metus pablogėjo. Lietuvoje, kaip ir Estijoje santykinis skurdo lygis visą analizuojamą laikotarpį viršijo ES šalių vidurkį. Tačiau Estijoje skurdo lygis 2017 m. palyginus su 2016 metais sumažėjo 0,1 proc. ir sudarė 13,0 proc., 2016 m. palyginus su 2015 m. šis rodiklis išaugo 0,6 proc. ir sudarė 13,1 proc. Danijoje santykinis skurdo lygis visą laikotarpį nežymiai kito ir 2017 m. sudarė 7,2 proc.

Šalių gyventojų socialinę ir ekonominę gerovę parodo nedarbo lygis šalyje. Lietuvos nedarbo rodiklis 2015-2017 m. laikotarpiu yra didesnis už Danijos ir Estijos, tačiau neviršija ES šalių vidurkio. Lietuvos nedarbo lygis 2017 m. 1,5 proc. didesnis už Danijos ir 1,4 proc. didesnis už Estijos, ir 0,5 procentiniais punktais mažesnis nei ES vidurkis, ir sudaro 7,1 proc. Pastebėtina, kad visą analizuojamą laikotarpį nedarbo lygis mažėjo visose šalyse.

Analizės metu paaiškėjo, kad nors pastaruosius dešimt metų Lietuvos gyventojų sveikatos būklė gerėjo, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema dauguma rodiklių gerokai atsilieka nuo Estijos, Danijos ir ES šalių vidurkio. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema buvo keičiama nuolat vykdoma reforma, tačiau pagrindinių reformos tikslų: veiksmingumo, efektyvumo ir prieinamumo, pasiekti nepavyko.

Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė analizuojamu laikotarpiu ilgėja (2014 m. ji buvo 74,7 metai, 2017 m. – 75,8 metų), tačiau šis rodiklis 2,6 metais trumpesnis už Estijos (78,4), 5,3 metais – už Danijos (81,1) 5,2 metais – už ES vidurkį (žr. 18 pav.).

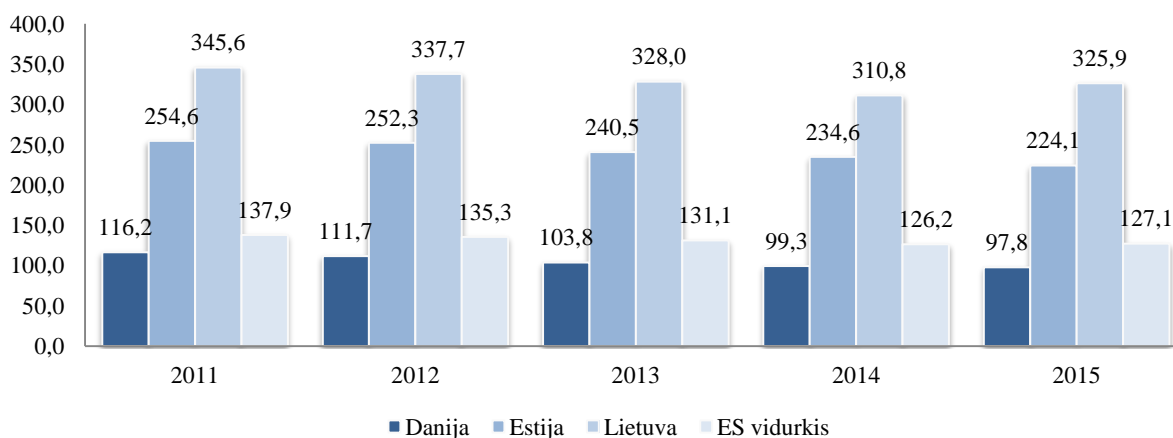


**18 pav.** Danijos, Estijos ir Lietuvos tikėtina gyvenimo trukmė 2014-2017 m. (Eurostato duomenų bazė)

Lietuvoje gyventojai gyvens tikėtina trumpiau nei Danijoje ir Estijoje, bei didesnėje dalyje ES valstybių. Gyvenimo trukmės ilgėjimas, tai vienas iš laimėjimų, kurį lemia sveikatos priežiūros pažanga ir padidėjusi visapusė žmonių gerovė.

EK sveikatos priežiūros sistemų veiklos rezultatus matuoja veiksmingumu ir pasiekiamumu. Veiksmingumas vertinamas – sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamu mirtingumo rodikliu. Išvengiamas mirtingumas, tai mirtingumas nulemtas ligų, kurių galima buvo išvengti, taikant medicininį gydymą, diagnostiką ir prevencines priemones. Išvengiamo mirtingumo rodikliu galima

kiekybiškai įvertinti pasiektus sveikatos priežiūros tikslus. Analizuojamu laikotarpiu Lietuvos išvengiamo mirtingumo rodiklis didžiausias tarp analizuojamų šalių, ir beveik tris kartus viršija ES šalių vidurkį (žr. 19 pav.). Toks didelis išvengiamo mirtingumo rodiklis parodo neefektyviai veikiančios sveikatos priežiūros sistemos rezultatus ir žemą sveikatos sistemos veiksmingumą.



**19 pav.** Danijos, Estijos ir Lietuvos sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis 2011-2015 m. (Eurostato duomenų bazė)

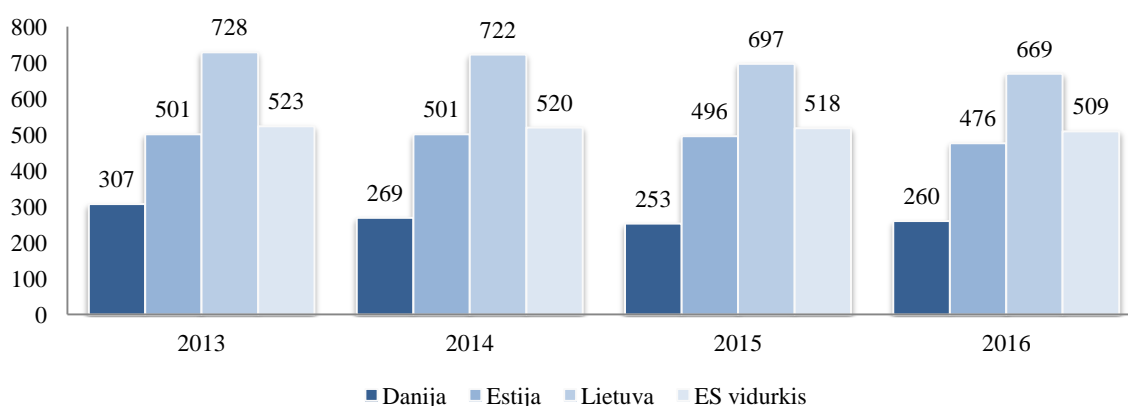
Estijos, kaip ir Lietuvos, sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis viršija ES šalių vidurkį, tačiau santykinai mažiau – beveik du kartus. Tačiau 2011-2015 m. laikotarpiu Estija šį rodiklį pagerino 30,6 punktų, tuo tarpu Lietuva 19,7 punktų. Tai rodo, kad Estijos, ypač Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą reikėtų gerokai pagerinti. EK aiškindama tokius didelius mirtingumo nuo pagydomų ligų rodiklius, nurodo, kad neįmanoma nustatyti tikslios tokius rodiklius lemiančios priežasties, nes blogą sveikatą lemiančių veiksnių poveikį sunku atskirti nuo neigiamo nekokybiškos sveikatos priežiūros poveikio. Tačiau sveikatos paslaugų veiksmingumas tiek Estijoje, tiek Lietuvoje gali būti pasiekiamas veiksmingiau gydant širdies ir kraujagyslių ligas, taip pat kitas pavojų gyvybei keliančias ligas. Veiksmingiausia sveikatos priežiūros sistema yra Danijoje. Šios šalies išvengiamo mirtingumo rodiklis 2011-2015 m. sumažėjo 18,3 punktų ir 2015 m. buvo per pusę mažesnis (97,8) už ES šalių vidurkį (127,1). Palyginti mažas mirtingumas nuo pagydomų ligų rodo veiksmingą sveikatos priežiūros sistemą, kuria lemia kryptingai ir strategiškai formuojama sveikatos politika, kurios dėka prevencinėmis priemonėmis išvengiama ligų, tinkamos sveikatos priežiūros kokybės, užtikrinančios veiksmingą pavojų gyvybei keliančių ligų gydymą.

Sveikatos priežiūros sistemų pasiekiamumas vertinamas apklausiant pacientus, kaip tenkinami jų sveikatos priežiūros poreikiai, užtikrinant kiekvieno asmens teisę laiku gauti įperkamas kokybiškas profilaktinės priežiūros ir medicininio gydymo paslaugas. 2015 m. apklausos duomenys parodė, kad 2,9 proc. Lietuvos gyventojų nebuvo patenkinti sveikatos priežiūros poreikiai dėl didelių kainų, laukimo eilių ar per didelio atstumo iki sveikatos priežiūros įstaigos, o tai mažiau nei ES vidurkis ir žymiai geriau nei Estijoje. Nors Lietuvoje gyventojų, kurių nepatenkintas medicininės priežiūros poreikis, procentas vidutinis, tačiau vyresniems ir mažas pajamas turintiems gyventojams kyla sunkumų dėl didelių išlaidų vaistams. Estijos sveikatos profilyje pažymėta, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas skiriasi tarp skirtingas pajamas gaunančių grupių, tačiau jaučiamas žymus pagerėjimas sprendžiant problemas dėl specialios priežiūros laukimo laiko trumpinimo. Apklausos duomenimis Estijoje 12,7 proc. gyventojų nurodė, kad jų medicininės priežiūros poreikiai buvo

nepatenkinti dėl paslaugų laukimo laiko (11,3 proc.), papildomų išlaidų (0,7 proc.) ir pernelyg didelio atstumo iki SPĮ (0,7 proc.).

Geriausiai sveikatos priežiūros prieinamumas užtikrinamas Danijoje. Šioje šalyje nepatenkintų medicininės priežiūros poreikių lygis labai mažas, kaip ir skirtumas tarp pajamų grupių, palyginti su daugeliu ES šalių. Sveikatos sistema Danijos gyventojams suteikia visuotinę galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Kaip buvo minėta ankstesniuose skyriuose, Lietuva paskutinį dešimtmetį įgyvendino keturias sveikatos priežiūros sistemos valdymo reformas, kuriomis siekta didinti sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, mažinant ligoninių teikiamų stacionarių paslaugų mastą, plečiant alternatyvaus gydymo ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Vienas iš vykdomų reformų siekių ligoninių ir ligoninių lovų sumažinimas. Tačiau Lietuvos nepavyko sumažinti lovų skaičiaus 100.000 gyventojų, šis rodiklis vis dar išlieka didžiausias ne tik už Danijos, Estijos ir ES vidurkį (žr. 20 pav.), bet ir visoje ES.

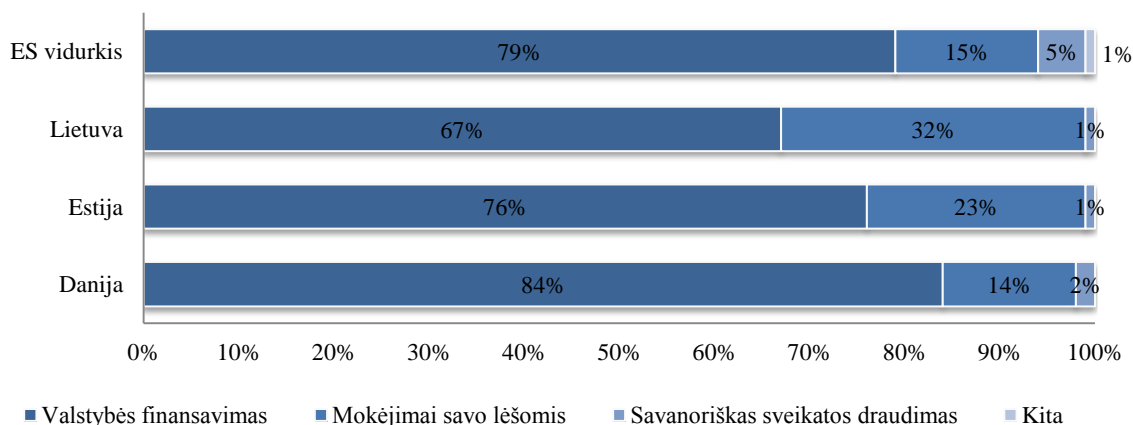


**20 pav.** Danijos, Estijos ir Lietuvos lovų skaičius 100.000 gyventojų 2013-2016 m. (Eurostato duomenų bazė)

Vykdamas reformas Lietuvoje pasiekta ligoninių skaičiaus sumažinimo. Šis rodiklis įgyvendintas specializuotas įstaigas sujungus su daugiaprofilinėmis ligoninėmis, tačiau tai padaryta ne tokiais mastais, kaip kaimyninėse šalyse, todėl Lietuvoje gydomosios priežiūros lovų skaičius pagal gyventojų skaičių išlieka didžiausias visą laikotarpį. Lietuvoje 2016 m. 100.000 gyventojų teko 669 lovos, tai beveik 1,5 karto daugiau už ES vidurkį (509). Lovų skaičius 2013-2014 m. laikotarpiu mažėjo visose šalyse: Danijoje sumažėjo 47, Estijoje – 25, Lietuvoje – 59 lovomis 100.000 gyventojų. Analizuojamu laikotarpiu mažiausias lovų skaičius 100.000 gyventojų tenka Danijoje, 2016 m. šioje šalyje 100.000 gyventojų teko 260 lovų, tuo tarpu Estijoje – 476 lovos. Didelis lovų skaičius parodo, kad dubliuojamos paslaugos, dėl to plačiai paskirstomi išteklių ir rizikuojama paslaugų kokybe, kai klinikinių paslaugų skyriai ir medicinos darbuotojai teikia mažiau paslaugų. Didelį lovų skaičių Lietuvoje lemia tai, kad gyventojai ligoninėse gydomi reikšmingai ir sistemingai dažniau nei kitose ES šalyse. Tai didina sveikatos priežiūros sąnaudas ir reikalauja papildomų lėšų siekiant užtikrinti veiksmingą ir kokybišką sveikatos priežiūros sistemą.

Sveikatos priežiūros sistemos išlaidos Lietuvoje kaip ir visoje Europoje dėl demografinių tendencijų (populiacijos senėja, mažėja gimstamumas, ilgėja gyvenimo trukmė), medicinos technologijų vystymosi bei augančių žmonių poreikių didėja ir ateityje turi tendenciją didėti. Valstybių kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų aprėptis didžiulė, o išteklių yra riboti. Gyventojai yra priversti prisidėti papildomais mokėjimais už tam tikras valstybės nefinansuojamas paslaugas.

Sveikatos priežiūros sistemų ekonominis prieinamumas matuojamas lyginant, kiek tenka gyventojams mokėti ir primokėti už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas. Šalys yra nustačiusios išimtis dėl nefinansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų. Dažniausiai valstybės lėšomis nefinansuojamas paslaugas sudaro: odontologijos ir medicininės kosmetologijos paslaugos, mokamos paslaugos, teikiamos neapdraustiems asmenims, ir priemokos už dalį valstybės nekompensuojamų išlaidų. Lietuvoje pacientai savo lėšomis padengia daugiausiai (32 proc.) sveikatos priežiūros išlaidų, tai ženkliai daugiau už ES vidurkį (žr. 21 pav.).



**21 pav.** Danijos, Estijos ir Lietuvos mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas šaltiniai 2015 m. (Eurostato duomenų bazė)

Didžiąją dalį Lietuvos gyventojų mokėjimų, susijusių su sveikatos priežiūra, sudaro išlaidos vaistams. Lietuvos sveikatos profilyje nurodyta, kad Lietuva yra viena iš šalių, kurioje labai skiriasi valstybės finansuojamų vaistų išlaidų dalis (32 proc.), palyginti su bendromis sveikatos priežiūros paslaugomis. Pagrindinės didelių priemokų už vaistus priežastys Lietuvoje:

- Neveiksmingas sveikatos technologijų vertinimas;
- Bereikalingas brangių prekių ženklų vaistų skyrimas;
- Nepasitikėjimas generiniais vaistais (EK, 2017).

Danijos valstybė finansuoja 12 proc. (44 proc.), Estijos – 19 proc. (51 proc.) daugiau išlaidų vaistams nei Lietuva. Tačiau nei vienos iš nagrinėjamų šalių šis rodiklis nesiekia ES vidurkio 56 proc.

Viešosios išlaidos sveikatos priežiūrai didžiausios Danijoje (84 proc.), šios išlaidos viršija ES vidurkį 5 proc. ir yra vienos didžiausių tarp ES šalių. Estijos išlaidos finansuojamai sveikatos priežiūrai sudaro 76 proc. arba 3 proc. mažiau nei ES šalių vidurkis, bet 10 proc. daugiau nei Lietuvos. Estijos gyventojų papildomi mokėjimai už sveikatos priežiūrą 8 proc. viršija ES vidurkį ir yra 9 proc. mažesni nei Lietuvos gyventojų. Estijoje gyventojai dažniausiai moka už vaistus ir odontologines paslaugas ir tai atitinkamai sudaro 42 proc. ir 31 proc. visų papildomų mokėjimų.

Lietuvoje, išskirtai nei kitose negarinėjamose šalyse, įprasti neoficialūs mokėjimai. Vienas iš trijų 2013 m. sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojusių asmenų kokia nors forma mokėjo neoficialiai (Transparency International, 2013, cit. iš EK, 2017). SAM parengė strategiją šiai neoficialaus mokėjimo praktikai mažinti. Strategija siekiama platesnės informacijos sklaidos apie valstybės finansuojamas paslaugas, už kurias nereikia mokėti, ir paraginti paslaugų gavėjus pranešti

apie reikalavimus neteisėto užmokesčio. Šiuo metu tyrimų įrodančių šios strategijos veiksmingumą nėra.

Nors valstybių kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų aprėptis didžiulė, tačiau didelės šalių gyventojų priemokos už sveikatos priežiūrą, skatina sveikatos netolygumus, atspindinčius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir sveikatos būklės skirtumus šalyse.

*Atlikus sveikatos priežiūros sistemos valdyje dalyvaujančių įstaigų tyrimą paaiškėjo, kad didžioji dalis (63,6 proc.) šalies sveikatos priežiūros sistemos valdymą koordinuojančių institucijų valdymo tikslus ir uždavinius sieja su šalyje formuojamos sveikatos politikos tikslais ir prioritetais, tačiau net trečdaliui (33,3 proc.) įstaigų šie siekiai nėra svarbūs. Vertinant sveikatos politikos indėlį sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos problemas, labiausiai (96,9 proc.) respondentai sutiko su teiginiu, kad sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas priimdama kokybiškus teisinius sprendimus ir formuodama kryptingą sveikatos politiką visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose. Respondentams svarbiausi valdymo elementai yra bendradarbiavimas (75,7 proc.) ir veiksmingumas (75,0 proc.), o mažiausiai svarbus – konkurencija (48,5 proc.). Respondentų nuomone pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos problemos susijusios su netinkamu sistemos reguliavimu (81,8 proc.) ir strateginio planavimo ir valdymo stoka (81,8 proc.), tuo tarpu mažiausiai reikšminga valdymo problemų priežastis – atskaitomybės trūkumas (57,6 proc.). Tyrimu nustatyta, kad strateginis valdymas (93,9 proc.) ir sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas (93,9 proc.) yra pagrindinės priemonės siekiant spręsti sveikatos priežiūros sistemos problemas. Mažiausiai reikšmingomis valdymo problemų sprendimo priemonėmis, respondentai nurodė, vienodo sveikatos priežiūros sistemos modelio diegimą visuose valdymo lygiuose (70,0 proc.) ir piliečių ir suinteresuotų grupių įtraukimą priimant sprendimus (67,0 proc.). Tyrimas parodė, kad priimami valdymo sprendimai priklauso nuo respondento amžiaus, išsilavinimo ir suvokimo, kad veiksmingam valdymui svarbi tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas.*

*Apibendrinant atliktos analizės rezultatus galima teigti, kad analizuojamų šalių demografiniai rodikliai gana panašūs, tačiau skiriasi šalių socialiniai ekonominiai veiksniai: santykinis skurdo lygis nedarbo lygis ir perkamoji galia. Lietuvoje santykinis skurdo lygis 2017 m. siekė 16,1 proc., palyginti su 2016 m. jis išaugo 0,2 proc., lyginant su 2015 m. išaugo 1,2 proc. ir visais laikotarpiais buvo du kartus didesnis nei Danijoje (2015 – 7,1; 2016 – 6,8; 2017 – 7,2) ir vieną kartą didesnis nei Estijoje (2015 – 12,5; 2016 – 13,1; 2017 – 13,0). Danijoje bendrasis vidaus produktas [BVP] eurais perkamosios galios paritetu [PGP] visą laikotarpį viršija ES vidurkį, 2015 m. – 27 proc., 2016 m. – 26 proc., 2017 m. – 28 proc. Šis rodiklis daugiau nei 60 proc. didesnis nei Lietuvos ir Estijos visą analizuojamą laikotarpį. Lietuvoje 2015 m. ir 2016 m. reikėjo 0,75 euro, 2017 m. – 0,78 euro, Estijoje 2015 m. reikėjo 0,76 euro, 2016 m. – 0,77 euro, 2017 m. – 0,79 euro, kad būtų galima įsigyti tą patį prekių ir paslaugų kiekį, kurį galima buvo įsigyti už vieną PGS. Nedarbo rodiklis 2015-2017 m. Lietuvoje (9,1; 7,9; 7,1) yra didesnis už Danijos (6,2; 6,2; 5,7) ir Estijos (6,2; 6,8; 5,8), tačiau neviršija ES šalių vidurkio (9,4; 8,5; 7,6). Visose šalyse pastebima globalizacijos paskatintas pokytis – senstanti visuomenė, lemianti didesnes valstybių išlaidas sveikatos priežiūrai ir paslaugų restruktūrizavimą, akcentuojant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros gerinimą. Geriausia žmonių sveikatai socialinė ir ekonominė aplinka sudaryta Danijoje. Šios šalies gyventojų skurdo lygio, perkamosios galios ir nedarbo rodikliai geresni nei Estijos ir Lietuvos, o sveikatos sistema veiksmingiausia ir geriausiai prieinama. Danijos išvengiamo mirtingumo rodiklis 2011-2015 m. sumažėjo 18,3 punktu ir 2015 m. buvo per pusę mažesnis (97,8) už ES šalių vidurkį (127,1). Analizės*

metu paaiškėjo, kad nors pastaruosius dešimt metų Lietuvos gyventojų sveikatos būklė gerėjo, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema gerokai atsilieka nuo Estijos, Danijos ir ES šalių vidurkio: trumpiausia gyventojų tikėtina gyvenimo trukmė ir didžiausiu sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliu. Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė analizuojamu laikotarpiu ilgėja (2014 m. ji buvo 74,7 metai, 2017 m. – 75,8 metų), tačiau šis rodiklis 2,6 metais trumpesnis už Estijos (78,4), 5,3 metais – už Danijos (81,1) 5,2 metais – už ES vidurkį. Estijos, kaip ir Lietuvos, sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis viršija ES šalių vidurkį, tačiau santykinai mažiau – beveik du kartus. Tačiau 2011-2015 m. laikotarpiu Estija šį rodiklį pagerino 30,6 punktu, tuo tarpu Lietuva 19,7 punktu. Lietuva paskutinį dešimtmetį įgyvendino keturias sveikatos priežiūros sistemos valdymo reformas, kuriomis siekta mažinti ligoninių teikiamų paslaugų mastą. Tačiau analizuojamu laikotarpiu Lietuvos ligoninių lovų skaičius 100.000 gyventojų yra didžiausias (669) ne tik tarp Danijos (260) ir Estijos (476), bet ir visoje ES (509). Tai lemia dideles sveikatos priežiūros sistemos sąnaudas. Nors Lietuvos valstybės kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų aprėptis didžiulė, tačiau viešosios išlaidos sveikatos priežiūrai yra mažiausios lyginant su Danijos, Estijos ir ES šalių vidurkiu. Didelės Lietuvos gyventojų priemokos už sveikatos priežiūrą, skatina sveikatos netolygumus, atspindinčius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir sveikatos būklės skirtumus šalyse. Globalios aplinkos nulemti veiksniai ir jų mastas ir valdymo problemos skatina įvairius pasaulio regionus ir šalis imtis neatidėliotinių priemonių, siekiant pritaikyti esamas sveikatos priežiūros sistemas prie globalių iššūkių, dalintis gerąja praktika, laiko patikrintais ir pripažintais valdymo modeliais ir veiklos standartais. Tobulinant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymą, būtina atsivėlgti į pasaulines šių sistemų valdymo tendencijas ir problemas, kartu pagrįstai įvertinant, kiek kitų valstybių patirtis yra taikytina mūsų šalyje.



## Išvados

1. Auganti sveikatos priežiūros sektoriaus reikšmė skatina mokslininkų dėmesį šio sektoriaus valdymui. Intensyvi šio sektoriaus valdymo būdų analizė yra lydima mokslinių išvalgų, vertinimų ir diskusijų. Atlikta mokslinės literatūros analizė leidžia teigti, kad bendriausia ir plačiausia prasme viešąjį valdymą galima sieti su socialinių, ekonominių ir politinių veiksmų veikiamu viešosios politikos sprendimų, tikslų ir uždavinių įgyvendinimo procesu. Šis procesas apima efektyvius rezultatus, aukštesnio lygio, prieinamas, visuomenės poreikius atitinkančias viešąsias paslaugas, strateginio valdymo sprendimus priimant nuolat ieškant artimesnio bendradarbiavimo su visuomeninėmis organizacijomis ir sektoriais, siekiant atskaitingumo, į rezultatus ir visuomenės poreikius orientuoto efektyvaus valdymo. Sveikatos priežiūros sistema neatsiejama viešosios politikos ir viešojo valdymo dalis, kuriai taikomi visi viešosios politikos ir viešojo valdymo standartai, tačiau šios sistemos valdyme svarbus socialiniai ir ekonominiai visuomenės raidos pokyčiai. Esminės valdymo metodų permainas sveikatos priežiūros sistemoje lemia holistinė paradigma ir biopsichosocialinis sveikatos modelis, atskleidžiantis, kad individas (esamas ir potencialus pacientas) nėra vienintelė sveikatos priežiūros sistemos ašis. Todėl valdymo kryptis svarbu nustatyti remiantis naujais konceptualiais viešojo valdymo požiūriais, nukreiptais į atsakingą ir efektyvų valdymą, kuriuo reaguojama į visuomenės sveikatinimo poreikį, užtikrinant koordinaciją ir bendradarbiavimą visuose lygiuose, skatinant sveiką gyvenseną, teikiant paslaugas socialinės ir ekonominės lygybės pagrindu. Kryptingai veikianti ir efektyvi sveikatos priežiūros sistema pasiekama, veiksmingai ir tikslingai formuojama sveikatos politiką įgyvendinant visuose valdymo lygiuose. Valdymą orientuojant į kokybę, rezultatyvumą, racionalumą, skaidrumą, kooperaciją ir integraciją, bendradarbiavimą, sveikos gyvensenos skatinimą ir strateginį tęstinumą. Šių valdymo elementų netinkamas įgyvendinimas lemia pagrindines valdymo problemas: sveikatos priežiūros neefektyvumą ir netinkamą jai priskirtų funkcijų vykdymą. Sveikatos priežiūros sektorius turi būti politikos tarpininkas formuojant vientisą strategiškai orientuotą geresnio reglamentavimo sveikatos politiką, kompleksiskai sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas, lyderis ieškant racionalių kompromisų tarp įvairių sektorių ir suinteresuotų šalių, gerinant valdymo reglamentavimo kokybę ir efektyvumą, užtikrinant strateginį atitikimą visame sektoriuje.
2. Lietuvoje sveikatos priežiūros sistemos valdymo kaita grįsta ilgalaikiu, kelis dešimtmečius besitęsiančiu, sistemos reformavimu, sukoncentruotu į pagrindinių problemų sprendimą: per didelį ligoninių tinklą, nepakankamai išvystytą pirminę sveikatos priežiūrą, per mažą dėmesį visuomenės sveikatai – sveikatos stiprinimą, profilaktiką ir ankstyvą ligų diagnostiką. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reformavimo laikotarpis nenuoseklus ir uždelstas, todėl išspręsti įsisenėjusių valdymo problemų nepavyko. Todėl ateityje formuojant sveikatos priežiūros sistemos modelį reikėtų remtis pažangių šalių valdymo praktika įvertinus šalių valdymo privalumus ir problemas. Ištyrus pasirinktų pažangių šalių Danijos ir Estijos sveikatos priežiūros sistemų valdymą, galima teigti, kad visos analizuotos sistemos pasižymi įvairove ir siekiu nuolatos tobulinti savo sveikatos priežiūros sistemas, gerinant jų valdymą ir gyventojų sveikatą. Nepaisant, kad kiekviena analizuota šalis turi savo finansavimo mechanizmus ir valdymo metodus, vienodi tikslai ir globalios problemos lemia sveikatos priežiūros sistemų panašumą. Analizė atskleidė, kad vykdant nuoseklią sveikatos priežiūros sistemos kaitą, Danija pasiekė, kad jos sveikatos priežiūros sistema yra viena veiksmingiausių ES. Stacionari sveikatos priežiūra reorganizuota, stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą ir plečiant specializuotų ambulatorinių konsultacijų grandį. Šios šalies e. sveikatos sistema yra įvertinta efektyviausių pasaulyje. Tikslingai formuojama sveikatos politika ir

veiksmingai valdoma sveikatos priežiūros sistema Danija pasiekė, kad jos gyventojai yra geros sveikatos, palyginti su kitų ES šalių gyventojais. Danijos sveikatos priežiūros sistemos modelis gyvuoja dešimtmečius, tačiau jo sėkmė pagrįsta ekonomikos augimu ir plėtra. Tai svarbu pažymėti siekiant pritaikyti pažangių šalių praktiką, valdymo problemas turinčiose šalyse, tarp kurių yra Lietuva. Estijos sveikatos priežiūros sistema pasižymi tapinstituciniu bendradarbiavimu, aktyvia ir kryptinga sveikatos stiprinimo ir profilaktikos politika, išplėtota PSP, optimizuotu SPI tinklu. Šios šalies sveikatos priežiūros sistema pirmauja ES pagal informacinių sistemų naudojimą. Estija sveikatos priežiūros sistemos veiklos sėkmė pagrįsta nuosekliu, tikslingu ir kryptingu valdymu. Nors ir tarptautinių organizacijų aukštais reitingais vertinamos, visos sveikatos priežiūros sistemos turi tam tikrų trūkumų. Danijoje vyrauja sveikatos netolygumų paskatinti visuomenės socialiniai skirtumai, o Estijoje trūksta sveikatos priežiūros specialistų. Užsienio šalių sveikatos priežiūros sistemų valdymo analizė atskleidžia, kad, formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos valdymo modelį, būtina įvertinti konkrečias valstybės ekonominio bei socialinio išsivystymo sąlygas. Todėl kitų šalių sveikatos apsaugos sistemų valdymo praktikas perkelti Lietuvos sąlygomis sudėtinga, tačiau naudinga tirti jų privalumus ir įvertinti problemas.

3. Kiekybiniu tyrimu nustatyta, kad didžioji dalis (63,6 proc.) šalies sveikatos priežiūros sistemos valdymą koordinuojančių institucijų valdymo tikslus ir uždavinius sieja su šalyje formuojamos sveikatos politikos tikslais ir prioritetais, tačiau net trečdaliui (33,3 proc.) įstaigų šie siekiai nėra svarbūs. Vertinant sveikatos politikos indėlį sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos problemas, labiausiai respondentai sutiko (96,9 proc.) su teiginiu, kad sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas priimdama kokybiškus teisinius sprendimus ir formuodama kryptingą sveikatos politiką visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose. Respondentams svarbiausi valdymo elementai yra bendradarbiavimas (75,7 proc.) ir veiksmingumas (75,0 proc.), o mažiausiai svarbus – (48,5 proc.). Respondentų nuomone pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos problemos susijusios su netinkamu sistemos reguliavimu (81,8 proc.) ir strateginio planavimo ir valdymo stoka (81,8 proc.), tuo tarpu mažiausiai reikšminga valdymo problemų priežastis – atskaitomybės trūkumas (57,6 proc.). Tyrimu nustatyta, kad strateginis valdymas (93,9 proc.) ir sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas (93,9 proc.) yra pagrindinės priemonės siekiant spręsti sveikatos priežiūros sistemos problemas. Mažiausiai reikšmingomis valdymo problemų sprendimo priemonėmis, respondentai nurodė, vienodo sveikatos priežiūros sistemos modelio diegimą visuose valdymo lygiuose (70,0 proc.) ir piliečių ir suinteresuotų grupių įtraukimą priimant sprendimus (67,0 proc.). Tyrimas parodė, kad priimami valdymo sprendimai priklauso nuo respondento amžiaus, išsilavinimo ir suvokimo, kad veiksmingam valdymui svarbi tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas.

Palyginamoji Danijos, Estijos ir Lietuvos šalių sveikatos sistemų veiklos rodiklių analizė parodė, kad sveikatos priežiūros sistemos rezultatyvumą atspindi valstybės visuomenės socialiniai ir ekonominiai rodikliai tokie, kaip gyventojų gyvenimo trukmė, sveikatos būklė, išvengiamo mirtingumo rodiklis, BVP vienam gyventojui, valstybių ir privačios išlaidos sveikatos priežiūrai. Faktiškai dauguma šių rodiklių lyginant su Danija, Estija ir ES vidurkiu Lietuvoje yra žemiau palankios normos. Geriausi rodikliai nustatyti Danijos. Šioje šalyje žmonių sveikatai sudaryta geriausia socialinė ir ekonominė aplinka, šios šalies sveikatos priežiūros sistema veiksmingiausia tarp ES šalių, o gyventojai yra geros sveikatos lyginant su kitomis ES šalimis. Lietuvos sveikatos priežiūra neveiksminga, netolygus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, didėjančios išlaidos, o taip pat ypač žemas sveikatos paslaugų tarptautinis indeksas, jį lyginant analizuojamų šalių kontekste.

## Literatūros sąrašas

1. Lloyd, J. Wait, S. (2005). Integrated care. Guide for Policymakers. Alliance for Health and Future .
2. Astromskė, K. (2018). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje. *Teisės apžvalga*, 2(18), 98-113.
3. Backūnaitė, E. (2006). Administracinių reformų viešajame sektoriuje raida: konvergencijos ir divergencijos paieškos. *Viešoji politika ir administravimas*, 18, 17-25.
4. Bank, W. (1994). Development in Practice. Governance. The World Bank's experience. Washington. World Bank.
5. Bann, C. (2010). Reforming the Staffing Process in the European Union Institutions: Moving the Scared Cow out of the Road. *International Review of Administrative Sciences*, 5-25.
6. Bartuškaitė, M., Butkevičienė, E. (2013). Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną. *Viešoji politika ir administravimas*, 12(1), 94-107.
7. Bielskytė, D. Jankauskienė, D. (2013). Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 46-69.
8. Blount, A. Schoenbaum, M. Kathol, R. Rollman, B. L. Thomas, M. O'Donohue, W. Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: A summary of the evidence. *Professional Psychology. Research and Practice*, 290-297.
9. Bubnienė, D. Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*, 5 , 22-40.
10. Buivydas, R. Černiauskas, G. Černiauskas, N. ir kt. (2010). Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius.
11. Bury, M. R. (1997). Health and Illness in a Changing Society. London. Routledge.
12. Burokienė, S. Kisilienė, I. Usonis, V. (2014). Integruota vaikų sveikatos priežiūra: tarptautinė patirtis ir rekomendacijos. *Visuomenės sveikata*, 4(67), 20-25.
13. Buškevičiūtė, J. (2014). Sumaniojo vaišojo valdymo koncepcijos paieškos: skirtingų tesorinių priėgų kritinė analizė. *Viešoji politika ir administravimas*, 13 (3), 359-371.
14. Buškevičiūtė, J. Raipa, A. (2011). Sprendimai šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijoje. *Viešoji politika ir administravimas*, 10(1), 17-26.
15. Cant, S. Sharma, U. (1999). A new medical pluralism. Alternative medicine, doctors, patients and the state. London. UCL Press.
16. Curtis, R. Christian, E. (ed.). (2012). Integrated Care Applying Theory to Practice. New York. *Routledge Taylor & Francis Group*, 3-20.
17. Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2000). Research Methods in Education. London. RoutledgeFalmer; 5th edition.
18. Čingienė, V. (2015). Gero viešojo valdymo principų įgyvendinimas: Lietuvos strateginių sporto šakų federacijų atveju. *Viešoji politika ir administravimas*, 14(4), 501-514.
19. Čingienė, V. Laskienė, S. Raipa, A. (2015). Gero viešojo valdymo principų įgyvendinimas: Lietuvos strateginių sporto šakų federacijų atvejis. *Viešoji politika ir administravimas*, 14(4) , 501-514.
20. Davies, C. (2007). Grounding, Governance in Dialogue; Discourse, Practice and the Potential for a New Public Sector Organizational Form in Britain. *Public administration*, 47-66.

21. Domargas V., Juknevičienė V. (2007). Viešojo administravimo paradigmos kaitos iššūkiai šio sektoriaus žmogiškųjų išteklių raidai. *Viešoji politika ir administravimas*, 19, 25-32.
22. Domarkas, V. (2011). Naujieji viešojo administravimo raidos akcentai. *Viešoji politika ir administravimas*, 7, 9-16.
23. Fox, N. J. (1999). *Beyond Health: Postmodernism and Embodiment*. Free Association Books.
24. Gaulė, E. (2014). Sumanus viešasis valdymas: samprata ir dimensijos. *Viešoji politika ir administravimas*, 13(3), 372-385.
25. Gudžinskas, L. (2012). Pokomunistinių valstybių ir jų gerovės režimų transformacija: Baltijos šalių lyginamoji analizė. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas.
26. Jakab, Z. Tsouros, A. D. (2013). „Sveikata 2020“ – siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje. *Visuomenės sveikata*, 4 (63) , 5-12.
27. Jakušovaitė, I. Darulis, Ž. (2004). Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės. *Medicina*, 40(9), 825-832.
28. Jankauskienė, D. (2010). Sveikatos politikos ir valdymo raida pagrindiniai dabarties iššūkiai. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, 105-140.
29. Jankauskienė, D. (2009). Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 4-22.
30. Jankauskienė, D. Pečiūra, R. (2007). Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis. Vilniu: UAB Baltijos kopija.
31. Janušonis, V. (2012). Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
32. Jasaitytė, R. Petronytė, G. (2018). Nevyriausybinų organizacijų, atstovaujančių pacientų interesus, dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(10), 115-131.
33. Javtokas, Z. (2009). Sveikatos stiprinimo konspektas. Vilnius.
34. Juczyński, Z. (2006). Health-Related Quality of Life: Theory and Measurement. *Folia Psychologica*, 3-15.
35. Juknevičienė, V. Bersėnaitė, J. (2016). Sąveikaujantis valdymas kaip verslo ir mokslo bendradarbiavimo dėl inovacijų plėtotės prielaida. *Viešoji politika ir administravimas*, 15 (1) , 41-55.
36. Juozulynas, A. Goda, G. Jurgelėnas, A. Reklaitienė, R. (2004). Užimtumas ir sveikatos santykių tesingumas. *Sveikatos mokslai*, 3, 14-17.
37. Karlberg, I. Sweeden. In: Nolte, E.; McKee, M.; Knai, C., editors. (2008). Managing chronic conditions. Experience in eighth countries. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 115–130.
38. Kawachi, I. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
39. Kickbusch, I.; Gleicher, D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. Denmark: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization.
40. Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California press.
41. Kudukytė-Gasperė, R. Jankauskienė, D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos - į žmogaus poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. *Sveikatos politika ir valdymas*, 113-133.

42. Leonavičius, V. Baltrušaitytė, G. Raila, G. Naujokaitė, I. (2013). Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės/postmodernybės socialinių teorijų požiūriu. *Kultūra ir visuomenė*, 11-35.
43. Leonavičius, V. Večorskytė, E. (2018). Sveikatos modelio ir sveikatos nelygybės santykis visuomenės vertybių kaitos požiūriu. *Kultūra ir visuomenė*, 9(2), 111-130.
44. Lynn, L. E., Heinrich, C. J., Hill, C. J. (2000). Studying Governance and Public Management: Challenges and Prospect. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 233–262.
45. Marcinkevičius G., Rauleckas R. (2016). Naujosios viešosios vadybos doktrinos elementų sąsajos: Lietuvos valstybės tarnautojų subjektyvių vertinimų analizė. *Viešoji politika ir administravimas*, 500-513.
46. Mikelaitytė, R. Jankauskas, R. Kanapeckienė, V. Grigošaitienė, A. Muleronkaitė, L. Uogintaitė, I. (2009). Mokslinių tyrimų rezultatų panaudojimas formuojant visuomenės sveikatos politiką. *Visuomenės sveikata*, 3(46), 10-15.
47. Mikulskienė, B. Pitrenaitė, B. Jankauskienė, D. (2014). Darbo grupių vieta sveikatos apsaugos ministerijos organizacinėje struktūroje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 64-83.
48. Miles M, H. A. (1994). *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publication.
49. Miseliūnaitė, B. Vaidelytė, E. (2018). Nepriklausomos Lietuvos aukštojo mokslo politikos raida (1990–2018): tarp lokalių ir globalių viešosios politikos veiksnių. *Viešoji politika ir administravimas*, 17(3), 439-453.
50. Misevičienė, I. (2011). Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai. *Visuomenės sveikata*, 2(53), 5-10.
51. Petrauskienė, R. Predkelytė, E. (2014). Gero valdymo principų įgyvendinimas viešosiose institucijose lemiantys veiksniai: teorinis pagrindimas. *Visuomenės saugumas ir viešoji tvarka*, 12, 147-160.
52. Petronytė, G. Kanapeckienė, V. (2014). Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis. *Visuomenės sveikata*, 2(65), 20-27.
53. Petronytė, G. Aguonytė, V. Valintėlienė, R. Stankūnas, M. (2016). Tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje suinteresuotųjų požiūriu. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(9), 27-41.
54. Pivoras S., Visockytė E. (2011). Viešojo valdymo koncepcijos ir jų taikymas tiriant valstybės tarnybos reformas. *Viešoji politika ir administravimas*, 10(1), 27-40.
55. Poliakovienė R., Gurevičius R. (2011). Sveikatos sinergija - visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje. *Visuomenės sveikata*, 1(52), 30-41.
56. Pollit, Ch. Bouckaert, G. (2003). Viešojo valdymo reforma. Lyginamoji analizė. Vilnius: Algarvė.
57. Press, I. (1980). Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine*, 45 – 57.
58. Pukinaitė, V. (2015). Palankios dimensijos taikyti "Sveikata visose politikose" strategiją. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 7-28.
59. Puškorius, S. Raipa, A. (2003). Teoriniai viešojo sektoriaus veiklos modernizavimo aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 2, 9-17.
60. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas*, 30, 22-32.

61. Raipa, A. (2010). Metodologiniai viešojo valdymo demokratizavimo aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 32, 7-18.
62. Raipa, A. (2014). Viešojo valdymo evoliucija XXI amžiuje: priežastys, struktūra, poveikis. Tiltai.
63. Raipa, A., Backūnaitė, E. (2004). Fiskalini skaidrumas ir atskaitomybė viešojo valdymo metodologijoje. *Viešoji politika ir administravimas*, 8, 48-57.
64. Raipa, A. Čepuraitė, D. (2017). Atvejo vadybos modelio taikymas asmens sveikatos priežiūros įstaigose modernaus viešojo valdymo kontekste. *Viešoji politika ir administravimas*, 16(2), 165–178.
65. Raipa, A. Smalskys, V. (2008). Socialiniai pokyčiai ir naujojo viešojo valdymo sistemos. *Socialinis darbas*, 5-10.
66. Raipa, A. Štaras, K. Čepuraitė, D. (2017). Sveikatos priežiūros sistemos Europos Sąjungoje: finansai ir strateginis valdymas. *Viešasis administravimas*, 1-2(53-54), 43-53.
67. Rondinelli, D. A. (2007). Governments Serving People: The Changing Roles of Public Administration in Democratic Governance. *Public Administration and Democratic Governance: Governments Serving Citizens. 7th Global Forum on Reinventing Government Building Trust in Government*, 1-28.
68. Segalovičienė, I. (2011). Vertinimas viešajame valdyme: samprata ir modeliai. *Viešoji politika ir administravimas*, 10 (3), 437-450.
69. Silva, D. Fahey, D. England. In: Nolte, E. McKee, M. Knai, C., editors. (2008). Managing chronic conditions. Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies, 29–54.
70. Simon, H. (2003). Administracinė elgsena. Vilnius: Knygiai.
71. Smalskys, V. (2010). Viešojo administravimo modernizavimo priežastys ir tendencijos. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1(17), 90-100.
72. Smilga, E. Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 44, 125-140.
73. Smilga, E. Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai*, 1, 45-52.
74. Sriubas, M. (2013). Pacientų teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio įpatumai Lietuvoje. *Teisės problemos*, 1(79), 58-85.
75. Staškutė, I. (2014). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(16), 7-19.
76. Šatrauskienė, A. Valatkienė, I. Valatka, P. Andrejevaitė, V. (2016). Įrodymais pagrįsta medicina ir įrodymais pagrįsta vadyba sveikatos priežiūroje. *Mokslas, teorija ir praktika*, 18 (4), 195-200.
77. Vázquez, ML. Vargas, I. Unger, JP. Mogollón, A. Ferreira da Silva, MR. Paepe, P. (2009). Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Panam Salud Publica*.
78. Weiss, L.G. Lonnquist, L.E. (2000). *The Sociology of Health . Healing, and Illness* London: Prentice Hall, 246.
79. Whitehead, M. (1990). Teisumo sveikatos santykiuose koncepcijos ir principai. Kopenhaga, 26.
80. Wolfe, I. (2013). *European Child Health Services and Systems. Lessons without borders*. Open University Press.

81. Žegunis, K. (2015). Lietuvos daugiaprofilinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo veiksniai. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, 37 (3), 438–446.

## Informacijos šaltinių sąrašas

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1992 m. spalio 25 d. (1992) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.47BB952431DA/asr>
2. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo, 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939. (1991) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=-15uh8wytd>
3. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 m. spalio 31 d. Nr. I-1562. (1996) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?jfwid=q8i88m7l6>
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. (1994) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182/asr>
5. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. (1996) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.94F6B680E8B8/jylPSqHbsV>
6. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių pokyčiai 2001-2012 m. (2013) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/BAS/SPI%20veikl%20rod%20pok.%202001-2012%20PDF.pdf>
7. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas. 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1555 (1996) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31926/OobtbAXAoo>
8. Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964. (2014) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/OgmllScvCJ>
9. Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo, 2003 m. kovo 18 d. Nr. 335. (2003) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.207037/loXEbByEVw>
10. Dėl sveikatos apsaugos reformos vertinimo, 2002 m. spalio mėn. 31 d. Nr. 210-1. (2002) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <file:///C:/Users/bendras/Downloads/2002-10-31.pdf>
11. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų, 1998 m. spalio 6 d. Nr. 571 (1998) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.64533?jfwid=rivwzvpvg>
12. Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo, 2009 m. gruodžio 7 d. Nr. 1654 (2009) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.361419?jfwid=7lxt7tcek>
13. Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo. 2006 m. birželio 29 d. Nr. 647 (2006) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.279370/soamyCEOpK>
14. Dėl Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo. 2014 m. liepos 15 d. Nr. V-810 (2014) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/d28f5c30111a11e48595a3375cdcc8a3/UeAiqWTxmw>
15. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo. 2013 m. kovo 13 d. Nr. 228 (2013) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.444678/aSHXOBwDnF>



16. Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo. 2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1290 (2015) [žiūrėta 2019-03-25]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c35a16c1a33a11e591078486468c1c39?jfwid=-dzqnea7>
17. Jūsų socialinės apsaugos teisės Estijoje. 2012 m. liepos mėn. (2012) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Estonia\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Estonia_lt.pdf)
18. Šalies sveikatos profilis 2017 – Lietuva. (2017) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_lt\\_lithuanian.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_lithuanian.pdf)
19. Šalies sveikatos profilis 2017 – Danija. (2017) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_da\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_da_english.pdf)
20. Šalies sveikatos profilis 2017 – Estija. (2017) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_et\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_et_english.pdf)
21. Jūsų socialinės apsaugos teisės Danijoje. (2012) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Denmark\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Denmark_lt.pdf)
22. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. (2012) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/ESFproduktai/2012\\_analize\\_kaip\\_diegiama\\_nacionaline\\_e\\_sveikatos\\_sistema.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_diegiama_nacionaline_e_sveikatos_sistema.pdf)
23. Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas. 2017 m. balandžio 26 d. Nr. VA-2017-P-900-3-12 (2017) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [file:///C:/Users/bendras/Downloads/Ataskaita\\_Elektronines\\_sveikatos\\_sistemos\\_kurimas.pdf](file:///C:/Users/bendras/Downloads/Ataskaita_Elektronines_sveikatos_sistemos_kurimas.pdf)
24. Analizė, kaip efektyviai panaudojamos investicijoms ir paslaugų apmokėjimui sveikatos sektoriuje gaunamos lėšos. 2012 m. balandžio 12 d. (2012) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/ESFproduktai/2012\\_analize\\_kaip\\_efektyviai\\_panaudojamos\\_investicijoms\\_ir\\_paslaugu\\_apmokejimui\\_sveikatos\\_sektoriuje\\_gaunamos\\_lesos.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_efektyviai_panaudojamos_investicijoms_ir_paslaugu_apmokejimui_sveikatos_sektoriuje_gaunamos_lesos.pdf)
25. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas. 2018 m. rugsėjo 28 d. Nr. VA-2018-P-9-3-9 (2018) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [file:///C:/Users/bendras/Downloads/VA-9\\_Ataskaita\\_asmens\\_sveikatos%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/bendras/Downloads/VA-9_Ataskaita_asmens_sveikatos%20(2).pdf)
26. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą. 2018 m. lapkričio 16 d. Nr. VA-2018-P-10-1-10 (2018) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: [file:///C:/Users/bendras/Downloads/VA-10\\_Ataskaita\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaugu%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/bendras/Downloads/VA-10_Ataskaita_sveikatos_prieziuros_paslaugu%20(2).pdf)
27. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris, 2007 m. spalio 23 d. (2007) [žiūrėta 2019-03-26]. Prieiga per internetą: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0be577c8-fde9-441a-ae06-fb76f40b1a2a/language-lt>
28. Health Care Systems in Transition: Lithuania. Copenhagen: WHO (1996).

## Priedai

### 1 priedas. Tyrimo instrumentas

Gerbiamas, Respondente,

Esu Kauno technologijos universiteto, viešojo administravimo magistro studijų studentė. Atlieku tyrimą baigiamajame magistro studijų projekte, kurio tema „Šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos“. Magistriniame projekte pagrindinis efektyviai valdomos sveikatos priežiūros sistemos tikslas: sveikatos ir gerovės žymus pagerinimas, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros sektoriuje, stiprinant visuomenės sveikatos veiklas ir užtikrinant prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios būtų universalios, teisingos, tvarios bei aukštos kokybės (Health 2020, WHO). Šis sektorius turi būti politikos tarpininkas ieškant racionalių kompromisų tarp įvairių sektorių ir suinteresuotų šalių, formuojant vientisą geresnio reglamentavimo politiką, strateginį atitikimą visame sveikatos sektoriuje, gerinant reglamentavimo kokybę ir efektyvumą, užtikrinant teisės aktų stebėseną. Šiuo tyrimu siekiu išsiaiškinti, sveikatos sistemos valdyme dalyvaujančių įstaigų darbuotojų ekspertinę nuomonę, kokios yra pagrindinės šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos bei kokiomis priemonėmis šias problemas galima būtų išspręsti.

Kviečiu apklausoje dalyvauti sveikatos sistemos valdyme dalyvaujančių įstaigų darbuotojus ir prašau atsakyti į pateiktus klausimus, kad galėčiau realiai įvertinti esamą situaciją nagrinėjama tema. Jūsų atsakymai nebus niekur skelbiami ir bus naudojami tik apibendrinta forma magistro studijų projekte.

Dėkoju už pagalbą ir atsakymus.

**1. Ar Jūsų įstaigai, dabartiniu laikotarpiu, pakanka informacijos apie Europos Sąjungos vykdomą sveikatos politiką? ★**

- Visiškai pakanka
- Labiau pakanka
- Labiau nepakanka
- Visiškai nepakanka
- Nežinau

**2. Ar Jūsų įstaigai yra svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas? ★**


- Labai svarbi
- Labiau svarbi
- Labiau nesvarbi
- Visiškai nesvarbi
- Nežinau

**3. Ar sutinkate su pateiktais teiginiais, kaip sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas (pateikite savo vertinimą kiekvienai iš šių nuostatų):**

	Nesutinku	Visiškai nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
Užtikrindama piliečių ir suinteresuotų grupių dalyvavimą priimančiam sprendimui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Priimdama kokybiškus teisinius sprendimus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grįsdama formuojamą sveikatos politiką geriausiais turimais moksliniais įrodymais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Užtikrindama sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę, taip mažindama sveikatos skirtumus ir netolygumus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formuodama kryptingą sveikatos politiką visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viešoji politika nepadaeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. Įvertinkite, kurie valdymo elementai svarbiausi siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos priežiūros sistemos valdymo (pateikite savo vertinimą kiekvienam iš nurodytų elementų kur 1 – visiškai nesvarbus, 8 – labai svarbus):**

	1	2	3	4	5	6	7	8
Efektyvumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prieinamumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiksmingumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racionalumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rezultatyvumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atskaitingumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkurencija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motyvacija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paslaugų integracija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Žinių valdymas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strateginis tęstinumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bendradarbiavimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Sureitinguokite sveikatos priežiūros valdymo problemų priežastis (pateikite savo vertinimą kiekvienai iš nurodytų priežasčių, kur 1 – visiškai nesvarbus, 8 – labai svarbus): 

	1	2	3	4	5	6	7	8
Netinkamas sveikatos priežiūros sistemos reguliavimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sveikatos priežiūros prieinamumo, siejusio su valstybės sveikatos politikos įgyvendinimu, planuojant išteklius ir nustatant teisinio reguliavimo apimtį, stoka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Netinkama sveikatos priežiūros kokybė	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atskaitingumo trūkumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strateginio planavimo ir valdymo stoka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Netinkamas sveikatos priežiūros sistemos valdymo funkcijų vykdymas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bendradarbiavimo su institucijomis ir sektoriais stoka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Netinkama sveikatos priežiūros sektoriaus kontrolė	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Kokią galėtume išskirti, be aukščiau išvardintų, aktualią šiuolaikinio sveikatos priežiūros valdymo problemą? 

7. Kaip Jūs manote, ar strateginis valdymas yra svarbi sveikatos priežiūros sistemos valdymo dalis? 

- Labai svarbi
- Labiau svarbi
- Labiau nesvarbi
- Visiškai nesvarbi
- Nežinau

8. Ar Jūsų atstovaujamoje įstaigoje yra patvirtintas strateginis veiklos planas? 

*Jeigu atsakėte „ne“ arba „nežinau“, toliau pildykite 11 klausimą.*

- Taip
- Ne
- Nežinau

9. Ar Jūsų atstovaujamos įstaigos strateginiame veiklos plane patvirtinti, sus sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai dera su šalies sveikatos politikos tikslais ir uždaviniais?

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Neaktualu

10. Ar Jūsų atstovaujamos įstaigos strateginiame veiklos plane patvirtinti, su sveikatos sistema susiję, tikslai ir uždaviniai dera su LR Sveikatos apsaugos ministerijos tikslais ir uždaviniais?

- Taip
- Ne
- Nežinau
- Neaktualu

11. Įvertinkite, kurios iš nurodytų priemonių yra pagrindinės sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas (pateikite savo vertinimą kiekvienam iš nurodytų elementų kur 1 – labai nesvarbus, 8 – labai svarbus):

	1	2	3	4	5	6	7	8
Piliečių švietimas sveikatos tausojimo klausimais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piliečių ir suinteresuotų grupių įtraukimas priimant sprendimus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vienodo sveikatos priežiūros sistemos modelio diegimas visuose valdymo lygiuose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integruotos sveikatos priežiūros sistemos diegimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarpinstitucinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo skatinimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strateginis valdymas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mokslinių tyrimų, įrodymų, profesionalų ir institucijų gerosios praktikos patirties sklaida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Jūsų nuomone, kokia priemonė, be aukščiau nurodytų, padėtų spręsti sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas?

13. Ar sutinkate su teiginiu, kad viena iš sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemų sprendimo būdų: įvairių sektorių, institucijų, piliečių, nevyriausybinių organizacijų, tyrimų institutų, mokslininkų dalyvavimas priimant sprendimus ir juos diegiant valdant sveikatos priežiūros sistemą?

- Visiškai sutinku
- Labiau sutinku
- Labiau nesutinku
- Visiškai nesutinku
- Nežinau

14. Ar Jūsų atstovaujama įstaiga dalyvauja sprendimų, susijusių su sveikatos priežiūros valdymu, priėmime?

Jeigu atsakėte "Nedalyvauja", toliau pildykite 16 klausimą.

- Labai dažnai
- Dažnai
- Kartais
- Nedalyvauja

15. Jeigu 14 klausimą atsakėte „labai dažnai“, „dažnai“ ar „kartais“, nurodykite kokiais būdais šis dalyvavimas vyksta (aprašymą pateikite iki 30 žodžių)?

**16. Įstaiga, kuriai Jūs atstovaujate, nacionalinėje sveikatos sistemos struktūroje yra:** ★

- Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
- Visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga
- Sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo subjektas
- Sveikatinimo veiklos koordinavimo institucija
- Sveikatinimo veiklos specialusis valdymo ir kontrolės subjektas
- Savivaldos vykdomoji institucija
- 

**17. Jūsų pagrindinės pareigos, institucijoje kurią atstovaujate?** ★

- Įstaigos vadovas
- Padalinio vadovas (departamento, skyriaus, poskyrio)
- Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas
- Asmens sveikatos priežiūros specialistas
- Sveikatinimo veiklos specialistas
- Specialistas
- 

**18. Kiek metų dirbate su sveikatos sistema susijusioje srityje?** ★

- Mažiau nei 1 metų
- Nuo 1 iki 5 metų
- Nuo 6 iki 10 metų
- Nuo 11 iki 15 metų
- Nuo 16 iki 20 metų
- Daugiau nei 20 metų

**19. Kiek metų dirbate Jūsų atstovaujamoje įstaigoje?** ★

- Mažiau nei 1 metų
- Nuo 1 iki 5 metų
- Nuo 6 iki 10 metų
- Nuo 11 iki 15 metų
- Nuo 16 iki 20 metų
- Daugiau nei 20 metų

**20. Koks Jūsų išsilavinimas?** ★

- Įgytas magistratūros, rezidentūros ar doktorantūros mokslinis laipsnis
- Aukštasis išsilavinimas, įgytas universitetinėje aukštojoje mokykloje
- Aukštasis išsilavinimas, įgytas neuniversitetinėje aukštojoje mokykloje
- Aukštesnysis išsilavinimas
- Vidurinis išsilavinimas

**21. Jūsų lytis?** ★

- Moteris
- Vyras

## 2 priedas. Ryšių tarp požymių analizė

	Reikšmė	Ar pakanka informacijos apie ES vykdomą sveikatos politiką?	Ar svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas?	Kiek metų dirbate su sveikatos sistema susijusioje srityje?	Kiek metų dirbate Jūsų atstovaujamoje įstaigoje?	Koks Jūsų išsilavinimas?
<b>Ar sutinkate su pateiktais teiginiais, kaip sveikatos politika padeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas?</b>						
Užtikrindama piliečių ir suinteresuotų grupių dalyvavimą priimančioms sprendimams	r	-0.201	0.156	0.073	0.037	0.082
	p	0.262	0.386	0.687	0.837	0.648
Priimdama kokybiškus teisinius sprendimus	r	-0.048	0.181	0.205	0.084	-0.237
	p	0.791	0.313	0.251	0.642	0.183
Grįsdama formuojamą sveikatos politiką geriausiais turimais moksliniais įrodymais	r	-0.131	-0.004	0.279	0.145	-0.230
	p	0.466	0.981	0.116	0.421	0.197
Užtikrindama sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę, taip mažindama sveikatos skirtumus ir netolygumus	r	-0.130	-0.155	0.341	0.296	-0.170
	p	0.470	0.389	0.052	0.094	0.343
Formuodama kryptingą sveikatos politiką visuose valdymo lygiuose ir sektoriuose	r	-0.053	-0.003	<b>.400*</b>	0.246	-0.202
	p	0.769	0.987	<b>0.021</b>	0.167	0.260
Viešoji politika nepadaeda sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas	r	-0.005	0.231	0.102	-0.042	<b>.409*</b>
	p	0.977	0.196	0.571	0.817	<b>0.018</b>
<b>Įvertinkite, kurie valdymo elementai svarbiausi siekiant efektyvaus šiuolaikinio sveikatos priežiūros sistemos valdymo:</b>						
Efektyvumas	r	-0.064	0.340	-0.074	-0.155	-0.001
	p	0.722	0.053	0.684	0.390	0.997
Prieinamumas	r	0.014	0.192	-0.207	-0.064	0.133
	p	0.938	0.285	0.247	0.724	0.461
Veiksmingumas	r	0.009	<b>.453**</b>	-0.104	-0.222	0.137
	p	0.959	<b>0.008</b>	0.564	0.215	0.446
Racionalumas	r	0.087	0.178	-0.143	-0.002	0.147
	p	0.632	0.321	0.428	0.993	0.414
Rezultatyvumas	r	-0.041	<b>.360*</b>	0.073	-0.160	-0.189
	p	0.821	<b>0.039</b>	0.686	0.374	0.293
Atskaitingumas	r	0.157	0.167	-0.022	-0.029	-0.147
	p	0.383	0.354	0.904	0.873	0.413
Konkurencija	r	<b>.352*</b>	-0.027	0.107	0.227	-0.236
	p	<b>0.045</b>	0.881	0.553	0.204	0.186
Motyvacija	r	-0.312	0.056	0.015	-0.122	-0.035
	p	0.077	0.757	0.932	0.501	0.849
Paslaugų integracija	r	-0.313	-0.078	0.259	0.105	<b>-.347*</b>
	p	0.076	0.666	0.146	0.562	<b>0.048</b>
Žinių valdymas	r	-0.125	-0.036	0.212	0.002	-0.298
	p	0.487	0.841	0.237	0.990	0.093
Strateginis tęstinumas	r	0.121	-0.207	0.300	<b>.406*</b>	-0.055
	p	0.502	0.248	0.090	<b>0.019</b>	0.762

	Reikšmė	Ar pakanka informacijos apie ES vykdomą sveikatos politiką?	Ar svarbi šalies tikslingai formuojama sveikatos politika ir su ja kryptingai veikiantis sveikatos priežiūros sistemos valdymas?	Kiek metų dirbate su sveikatos sistema susijusioje srityje?	Kiek metų dirbate Jūsų atstovaujamoje įstaigoje?	Koks Jūsų išsilavinimas?
Bendradarbiavimas	r	-0.143	0.132	0.032	-0.001	-0.100
	p	0.428	0.465	0.860	0.997	0.581
<b>Sureitinguokite sveikatos priežiūros valdymo problemų priežastis:</b>						
Netinkamas sveikatos priežiūros sistemos reguliavimas	r	-0.288	0.227	0.289	0.060	0.011
	p	0.104	0.203	0.103	0.738	0.950
Sveikatos peržiūros prieinamumo, siejusio su valstybės sveikatos politikos įgyvendinimu, planuojant išteklius ir nustatant teisinio reguliavimo apimtį, stoka	r	0.042	0.175	0.240	0.120	-0.092
	p	0.814	0.331	0.178	0.508	0.609
Netinkama sveikatos priežiūros kokybė	r	0.248	<b>.382*</b>	0.164	-0.018	-0.059
	p	0.164	<b>0.028</b>	0.361	0.920	0.744
Atskaitingumo trūkumas	r	0.103	0.169	0.057	-0.001	-0.010
	p	0.569	0.348	0.753	0.993	0.955
Strateginio planavimo ir valdymo stoka	r	0.120	0.001	-0.037	-0.116	-0.342
	p	0.505	0.995	0.838	0.521	0.051
Netinkamas sveikatos priežiūros sistemos valdymo funkcijų vykdymas	r	0.071	0.234	-0.011	-0.276	-0.188
	p	0.696	0.189	0.954	0.120	0.295
Bendradarbiavimo su institucijomis ir sektoriais stoka	r	0.106	0.073	-0.239	-0.285	-0.058
	p	0.556	0.687	0.180	0.107	0.751
Netinkama sveikatos priežiūros sektoriaus kontrolė	r	0.171	0.232	-0.278	-0.311	0.272
	p	0.341	0.194	0.117	0.078	0.125
<b>Įvertinkite, kurios iš nurodytų priemonių yra pagrindinės sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemas:</b>						
Piliečių švietimas sveikatos tausojimo klausimais	r	-0.341	-0.046	0.247	0.010	-0.120
	p	0.052	0.797	0.166	0.954	0.506
Piliečių ir suinteresuotų grupių įtraukimas priimanant sprendimus	r	-0.065	-0.076	0.071	0.024	-0.070
	p	0.721	0.674	0.695	0.894	0.699
Vienodo sveikatos priežiūros sistemos modelio diegimas visuose valdymo lygiuose	r	0.166	0.219	-0.145	-0.146	<b>.402*</b>
	p	0.356	0.221	0.421	0.417	<b>0.020</b>
Sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas	r	-0.048	0.100	-0.050	-0.155	0.097
	p	0.790	0.581	0.781	0.390	0.590
Integruotos sveikatos priežiūros sistemos diegimas	r	0.242	0.002	-0.334	-0.302	0.198
	p	0.175	0.989	0.057	0.087	0.270
Tarpinstitucinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo skatinimas	r	0.149	0.098	<b>-.382*</b>	<b>-.360*</b>	0.154
	p	0.409	0.587	<b>0.028</b>	<b>0.040</b>	0.393
Strateginis valdymas	r	0.048	-0.034	-0.143	<b>-.346*</b>	-0.142
	p	0.791	0.853	0.427	<b>0.049</b>	0.432
Mokslinių tyrimų, įrodymų, profesionalų ir institucijų gerosios praktikos patirties sklaida	r	0.041	0.027	-0.169	-0.292	0.105
	p	0.821	0.880	0.346	0.099	0.560

\* statistiškai reikšmingi koreliacijos dydžiai reikšmingai koreliuoja esant reikšmingumo lygmeniui 0,05;

\*\* statistiškai reikšmingi koreliacijos dydžiai reikšmingai koreliuoja esant reikšmingumo lygmeniui 0,01.