MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

VADYBOS KATEDRA

LAIMA MEŠKAUSKIENĖ

VALSTYBĖS IR SAVIVALDYBIŲ SĄVEIKA, PLANUOJANT IR VYKDANT STRUKTŪRINES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė

Dr. Agota Giedrė Raišienė

Vilnius, 2012

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

VADYBOS KATEDRA

VALSTYBĖS IR SAVIVALDYBIŲ SĄVEIKA, PLANUOJANT IR VYKDANT STRUKTŪRINES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMAS

Viešojo administravimo programos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621N71001

Vadovė
Dr. Agota Giedrė Raišienė
2012 03

Recenzentas

2012 03

Atliko
Vamis0-04 gr. stud.
Laima Meškauskienė
2012 03 15

Vilnius, 2012

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

FACULTY OF POLITIC AND MANAGEMENT

DEPARTAMENT OF MANAGEMENT

STATE AND MUNICIPALITIES INTERACTION IN PLANNING AND CARRYING OUT STRUCTURAL REFORMS IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Public Administration program Master's thesis

The study program 621N71001

Supervisor
Dr. Agatha Giedre Raišienė
2012 03

Reviewer

2012 03

Made by
Vamis0-04 gr. stud.
Laima Meškauskienė
2012 03 15

Vilnius, 2012

TURINYS

ĮVADAS 7
1. ORGANIZACIJŲ SĄVEIKOS TEORINIAI PAGRINDAI 10
1.1. Organizacijų sąveikos samprata, požymiai ir būdai 10
1.2. Teorijos, atskleidžiančios organizacinės sąveikos prigimtį viešajame sektoriuje 15
1.3. Valstybės ir savivaldybių sąveikos ypatumai Lietuvoje 17
2. SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMĄ IR JOS REFORMAS REGLAMENTUOJANTYS TEISĖS AKTAI 19
3. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS STRUKTŪRA IR VEIKLOS KOORDINAVIMAS 26
3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklą koordinuojančių valstybės institucijų funkcijos 26
3.2. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklą koordinuojančių savivaldybių funkcijos 31
4. VALSTYBĖS IR SAVIVALDYBIŲ SĄVEIKOS, PLANUOJANT IR VYKDANT STRUKTŪRINES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMAS, TYRIMAS: LAZDIJŲ IR ŠIRVINTŲ RAJONŲ SAVIVALDYBIŲ ATVEJAI 37
4.1. Tyrimo metodologija 37
4.2. Tyrimo rezultatų analizė 41
4.2.1. Sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių svarbos vertinimas ir perspektyva 42
4.2.2. Bendras sąveikos modelis 45
4.2.3. Sveikatos priežiūros sistemos struktūrinių reformų įgyvendinimas, remiantis sąveikos procesais 47
4.2.4. Savivaldybių ir valstybės dėmesys sveikatos priežiūros sistemos reformai 49
4.2.5. Finansavimo problemos 50
4.2.6. Programų ir projektų vaidmuo, vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformas 52
4.2.7. Sąveikos stiprinimo galimybės ir institucinė įtaka 57
4.2.8. Tyrimo apibendrinimas 58
IŠVADOS 60
REKOMENDACIJOS 62
LITERARŪROS SĄRAŠAS: 63
ANOTACIJA 69
ANNOTATION 70
SANTRAUKA 71
SUMMARY 72
PRIEDAI 73

LENTELĖS

1. Lietuvos sveikatos politikos formavimas, kaip valstybės ir savivaldybių sąveikos rezultatas . 25
2. Viešųjų ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarytų sutarčių su teritorine ligonių kasa dinamika 29
3. Širvintų ir Lazdijų rajonų vykdomų projektų sąrašas 52

PAVEIKSLAI

1. Teisės aktų sąrašas, kuris reglamentuoja valstybės ir savivaldybių sąveika sveikatos priežiūros sistemos reformos atžvilgiu 21
2. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reformos prioritetinės veiklos 24
3. Valstybės institucijų funkcijos sveikatos priežiūros sistemos srityje 28
4. Savivaldybių funkcijos sveikatos priežiūros sistemos srityje 33
5. Valstybės ir savivaldybių sąveikos procesas 35
6. Tyrimo planas 42
7. Sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių schema 43
8. Esama sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių schema 44
9. Sprendimų priėmimas paremtas sąveikos principu 47
10. VšĮ Širvintų ligoninės 2009 – 2011 m. teikiamų paslaugų pokyčio pasiskirstymas 54
11. VšĮ Lazdijų ligoninės 2009 – 2011 m. teikiamų paslaugų pokyčio pasiskirstymas 56

SANTRUMPOS

LR – Lietuvos Respublika

ES – Europos Sąjunga

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VRM – Vidaus reikalų ministerija

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

NST – Nacionalinė sveikatos taryba

SARB – sveikatos apsaugos reorganizacijos biuras

PSDF – privalomasis sveikatos draudimo fondas

PSDFB – privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas

VLK – valstybinė ligonių kasa

TLK – teritorinė ligonių kasa

VšĮ - viešoji įstaiga

FVAIS – finansinių valstybės atsiskaitymų informacinė sistema

WHO – World Health Organization

ĮVADAS

Sveikatos priežiūros programos visame pasaulyje stengiasi padėti sveikiems žmonėms, šeimoms ir bendruomenėms išlaikyti gyvenimo kokybę, o žmonėms turintiems negalią - pasiekti ir išlaikyti optimalią gyvenimo kokybę kuo ilgesnį laiką. Įgyvendinant šiuos lūkesčius, labai svarbus yra viešojo valdymo organizacijų bendradarbiavimas.

Lietuvoje sveikatos priežiūros politiką formuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybė bei Sveikatos apsaugos ministerija (Lietuvos Respublikos vyriausybė). Vyriausybė, atlikdama savo funkcijas, formuoja sveikatos politikos gaires, derina jas su Europos Sąjungos formuojama sveikatos politika. Sveikatos apsaugos ministerijos pagrindinė funkcija – sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo, paslaugas ligoniams teikiančių įstaigų, tiesiogiai pavaldžių miestų savivaldybėms, kontrolė (Sveikatos apsaugos ministerija). Šias funkcijas sveikatos apsaugos ministerija atlieka per ligonių kasas, kurios analizuoja ir vertina gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius, pagal gyventojų poreikius nustato ir prognozuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimo mastą, jų rūšis, vertina ir nustato sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo poreikį (Valstybinė ligonių kasa).

Pagrindiniai sveikatos priežiūros įstaigų steigėjai – savivaldybės. Jos atsako už sveikatos priežiūros paslaugų teikimo savo teritorijų gyventojams užtikrinimą, kontroliuoja planuojamų ir teikiamų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugas, kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, tvirtina jų struktūrą bei metines finansines ataskaitas.

Vykstant sveikatos apsaugos sistemos reformai, atsiranda būtinybė kurti naujas sveikatos priežiūros paslaugų komplekso formas bei metodus sveikatos priežiūros paslaugų srityse. Tokio tipo sveikatos priežiūros įstaigose reikia planuoti, organizuoti ir teikti kokybiškas ir saugias sveikatos priežiūros paslaugas. Šių uždavinių įgyvendinimas yra svarbus politinis veiksnys tiek politikams, tiek viešojo administravimo subjektams. Aplinkybės ir būdai, kuriais remiantis formuojama ir teikiama sveikatos priežiūra priklauso nuo daugelio veiksnių: ekonominių, socialinių, aplinkosauginių ir t. t. Bendradarbiavimas yra viena iš pagrindinių sąlygų siekiant, kad visi visuomenės nariai aktyviai ir lygiaverčiai dalyvautų, sprendžiant su sveikatos priežiūros sistema susijusius klausimus. Visa tai sąlygoja spartesnę sveikatos priežiūros sistemos reformą.

Temos aktualumas ir naujumas. Visose Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose pabrėžiama, kad tobulinant sveikatos draudimo sistemą ir įgyvendinant sveikatos santykių teisumo principą, atsižvelgiama į skirtingų regionų ir gyventojų grupių poreikius pagal juose esančius sveikatos priežiūros rodiklius, regionų gyventojų skaičių, amžių ir lytį bei specifinius sveikatos rodiklius. Bendradarbiavimo arba sąveikos svarba atsiskleidžia tuomet, kai viešieji interesai derinami su valdžios priimamais sprendimais. Atsižvelgiant į juos planuojamos regionams teiktinos sveikatos priežiūros paslaugos: stacionaro lovų skaičius,

palaikomojo gydymo ir slaugos lovų skaičius, ambulatorinės pagalbos mastas, dienos chirurgijos paslaugos, reabilitacijos, psichinės sveikatos ir kitos paslaugos.

Įvairių sričių specialistai pripažįsta, kad asmens sveikatos priežiūros sistema yra paremta tomis pačiomis vertybėmis bei prielaidomis kaip ir kita visuomenės veikla. Dėl šios priežasties derėtų suvokti aplinkybes, kaip vyriausybė, savivaldybės ir sveikatos priežiūros įstaigos yra susijusios socialiniu, politiniu bei ekonominiu aspektu. Prielaidą sėkmingai bendradarbiavimui sveikatos priežiūros sistemos srityje Lietuvoje davė sveikatos priežiūros sistemos reforma. Viešojo sektoriaus decentralizacija įgalino viešuosius interesus perkelti į valdžios priimamų sprendimų lygmenį, o savivaldai perdavė tų interesų priežiūros funkciją.

Sveikatos priežiūros paslaugų rodiklių analizė ir panaudojimo galimybės šiandien didžiausią reikšmę turi restruktūrizuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą, nuolat gerinant teikiamų paslaugų kokybę, stiprinant visuomenės, ypač vaikų ir jaunimo, sveikatą, plečiant susirgimų prevenciją ir ankstyvąją ligų diagnostiką, vykdant medicinos darbuotojų darbo užmokesčio didinimo politiką ir įgyvendinant kitas prioritetines Sveikatos apsaugos ministerijos veiklos kryptis.

Problema – valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizaciją, yra naujas, mažai ištirtas ir aprašytas reiškinys, todėl neaiškus jo socialinis veiksmingumas.

Hipotezė – ryšys tarp valstybės ir savivaldybių formuojamas, remiantis biurokratiniu principu „iš viršaus į apačią“, todėl sąveika tarp minėtų institucijų planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas yra neefektyvi. Planuojant reformas savivaldybių vaidmuo daugiau formalus nei realus.

Tyrimo objektas – Valstybės ir savivaldybių sąveikos ypatumai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Tikslas – išanalizuoti valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti valstybės paskirtį šiuolaikinėje sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje.

2. Atskleisti savivaldybių paskirtį, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

3. Aptarti valstybės ir savivaldybių sąveikos, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, organizavimo specifiškumą.

4. Ištirti Širvintų bei Lazdijų rajonų savivaldybių specialistų bei sveikatos priežiūros įstaigų vadovų požiūrį į valstybės ir savivaldybių sąveikos ypatumus, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė, siekiant apžvelgti įvairių autorių teorinę medžiagą apie sveikatos priežiūros įstaigų paskirtį šiuolaikinėje sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje.

2. Dokumentų analizė. Šiame darbe išanalizuoti oficialūs bei statistiniai dokumentai: LR Konstitucija (1992), LR Sveikatos sistemos įstatymas (2000), LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1998), LR Vyriausybės nutarimai (1998 - 2012), Valstybinės ligonių kasos pranešimai (2007 - 2012) ir kt. dokumentai.

3. Lyginamoji analizė – teikiamų paslaugų nomenklatūros aprašomasis palyginimas, siekiant ištirti Širvintų bei Lazdijų savivaldybių ligoninėse teikiamas paslaugas.

4. Statistikos analizė. Gauti duomenys pateikti grafiškai lentelėse ir paveiksluose.

5. Kokybinis tyrimas – sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausa interviu būdu, siekiant ištirti jų nuomonę apie teikiamų paslaugų nomenklatūros pokyčius vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Darbe naudota literatūra. Didelė literatūros šaltinių dalis yra nacionalinė įstatyminė bazė. Rašant darbą remtasi ne tik nacionalinio (valstybės) lygmens, bet ir regioninio (savivaldybės) lygmens dokumentais. Darbe apžvelgti pagrindiniai šalies įstatymai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugas, poįstatyminiai aktai bei įvairios Sveikatos apsaugos ministerijos parengtos programos. Atlikto tyrimo medžiagai susisteminti naudotasi Širvintų bei Lazdijų rajonų savivaldybės Tarybos priimtais sprendimais. Darbe yra remtasi ir įvairių Lietuvos autorių moksliniais straipsniais Domarko (2004), Astrausko (2002), Raišienės (2006), Guogio (2003). Teorinei literatūrai apie viešosios politikos įgyvendinimo modelius („Iš viršaus į apačią“; „Iš apačios į viršų“), panaudotos Parsons (2001) ir Lane (2001) knygos. Išsamią informaciją apie vykstančią sveikatos apsaugos reformą pateikia Gustainienė (2003), Janušonis (2004), Jankauskienė (2000). Taip pat darbe remiamasi akademinio pobūdžio straipsniais bei knygomis, spaudos pranešimais bei oficialiais Lietuvos dokumentais ir duomenimis, skelbiamais valstybės institucijų, interneto puslapiuose.

Rašant darbą, labai svarbi yra statistinė informacija, kuri padeda iliustruoti faktines realijas. Statistinės medžiagos, susijusios su teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, gausu Vilniaus teritorinės ligonių kasos leidiniuose. Nagrinėjant sveikatos priežiūros paslaugų sektorių remtasi ir Lietuvos sveikatos informacijos centro pranešimais, kurie leido įvertinti pokyčius sveikatos priežiūros paslaugų politikoje. Gilesnei sveikatos priežiūros paslaugų sektoriaus analizei savivaldos lygmenyje svarbus šaltinis yra tyrimo metu surinkta informacija. Magistro baigiamajam darbui informacija gauta atlikus keletą interviu: su Širvintų bei Lazdijų savivaldybių administracijos socialinių reikalų ir sveikatos komiteto pirmininkais bei abiejų savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų vadovais.

1. ORGANIZACIJŲ SĄVEIKOS TEORINIAI PAGRINDAI

1.1. Organizacijų sąveikos samprata, požymiai ir būdai

Šiame skyriuje nagrinėjama sąveika tarp organizacijų, aiškinamasi, kokie veiksniai, ir kokios prielaidos bei aplinkybės sąlygojo veiksmingą ir efektyvų valstybės ir savivaldybių sąveikos dialogą siekiant bendrų tikslų planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Analizuojant užsienio ir Lietuvos literatūrą organizacijų ir institucijų bendradarbiavimo tema, išryškėjo daugybė terminų, kurie apibūdina tarporganizacinius ryšius ir integracinius procesus. Įvairių sektorių organizacijų tarpusavio ryšiams, kitaip sąveikai, apibūdinti vartojamos įvairios sąvokos. Huxham ir Vanden (2003), savo veikaluose vartoja sąvokas: tarporganizacinis, tarpinstitucinis, tarpsektorinis bendradarbiavimas; Linden (2002) – linkusi vartoti asociacija, aljansas, sąjunga, o Dijk (1999) vartoja tokias sąvokas kaip koordinavimas, socialinis kapitalas.

Bendradarbiavimo tematika Lietuvos mokslininkų publikacijose vis dar yra nauja, tyrimai suaktyvėjo tik nuo 2003 m. Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, bendradarbiavimo ir integracijos procesai suaktyvėjo (Guogis 2003). Atsirado būtinybė plėtoti partnerystės procesus pasinaudojant ES finansine parama bei reformuoti daugelį viešojo sektoriaus sričių.

Sąveika Lietuvos mokslininkų publikacijose analizuojama įvairiomis kryptimis: tarpasmeninis ir grupinis bendradarbiavimas, institucijų tarpusavio bendradarbiavimas, institucijų bendradarbiavimas tarptautiniu lygiu.

Privataus sektoriaus partnerystės sąveikos aspektus savo darbuose nagrinėjo Krikštaponytė (2003), Susnienė (2006).

Viešojo ir privataus sektoriaus sąveiką nagrinėjo Jucevičius (1999), vėliau savo darbuose šią sąveiką nagrinėjo Gudelis ir Rozenbergaitė (2005).

Valstybės ir savivaldybių sąveikos problemas gvildeno Pumputis ir Bukauskas (2001), Puškorius (2006), Raišienė (2003, 2007, 2010).

Sveikatos apsaugos įstaigų sąveikos problemas mokslinėse publikacijose analizavo Jurgutis (2003), sąveikos įtaką sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių reformai analizavo autorių kolektyvas - Jankauskienė, Kubilienė, Juozulynas (2006).

Bendradarbiavimas vis stipriau vienija įvairius veikėjus įvairiausiais lygmenimis, jungia viešąjį, privatųjį, nevyriausybinį sektorius bei skirtingas viešojo administravimo sritis, tokias, kaip savivaldos, sveikatos apsaugos, aplinkosaugos, urbanistikos, socialinių paslaugų ir kt.

Nagrinėtoje literatūroje išskiriami trys bruožai, kurie lemia organizacijų sąveikos sąvokų vartojimą, tai:

a) sąveikos procesas ir tarporganizaciniai santykiai,
b) organizacijų struktūra,

c) tikslai.

Taigi, sąveika vaidina labai svarbų vaidmenį sprendžiant visuomenės sveikatos problemas ir sukuria apčiuopiamą naudą, siekiant padidinti socialinę gerovę, bet taip pat reikalauja kruopštaus darbo, kad būtų išvengta klaidų (Reich 2002). Abipusiškai palankus organizacijos bendradarbiavimas su suinteresuotosiomis šalimis suteikia organizacijai naujų konkurentinių pranašumų (Margolis, 2001). Autorius teigia, kad sąveika sujungia protus bei nuomones į vieną visumą, kuri ir leidžia sukurti kolektyvinę strategiją problemoms spręsti. Tai procesas, kurio metu šalys, matančios skirtingus problemos aspektus, gali konstruktyviai išnagrinėti šiuos skirtumus ir ieškoti sprendimų, kurie neapsiriboja tik vienos iš sąveikaujančių institucijų vizija. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms privaloma užtikrinti būtinąją medicinos pagalbą. Informuoti teisės aktų nustatyta tvarka Sveikatos apsaugos ministeriją, ligonių kasas, įstaigų steigėjus, savininkus ir kitas institucijas kontroliuojančias sveikatos priežiūros įstaigas apie įvykusius vidaus tvarkos pasikeitimus ar atvejus, kuomet įvyksta įvairūs incidentai (V.Ž. 1994). Taigi, tikroji sąveika visada prasideda nuo pasidalijimo informacija (Pfeffer, 1998), problemos ar galimybės apibrėžimu, bendru darbu ar indėliu, o tai pakeičia išankstinį nusistatymą ir leidžia surasti ir įgyvendinti bendrus sprendimus. Sąveika visada leidžia surasti kūrybinius problemų sprendimus. Tai nėra kompromiso ieškojimas ar kai kurių narių dominavimas virš kitų, – tai abipusiškai naudingo sprendimo ieškojimas. Sąveika – tai kūrybinis sprendimo ieškojimas, pagrįstas idėjų ir informacijos sinteze bei integracija (Limerick, 2004).

Pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką sąveikos sėkmei:

- narystė;
- ketinimai ir tikslai;
- struktūra;
- procesai;
- komunikacijos;
- finansai (Lydeka, Adomavičius, 2007).

Įstaiga ar organizacija klesti, jeigu ją vienija bendri interesai, vizija ir bendradarbiavimas su suinteresuotosiomis šalimis. Tačiau suinteresuotosios šalys turi galią, kurią reikia tinkamai subalansuoti (Windsor, 1999). Neatsižvelgiant į kurios nors interesus, įstaigoje stringa veikla, atsiranda nepatenkintų vartotojų. Kiekvienoje organizacijoje arba įstaigoje yra daugybė vidinių procesų, kurie turi būti matomi ir vertinami (Priem, 2001). Autorius teigia, kad atskirų procesų vertinimas ir valdymas negali turėti svarios įtakos strateginiam įstaigos valdymui. Šiuos procesus užtikrina ryšiai įstaigų viduje, t.y. ryšiai tarp darbuotojų, skyrių ir darbų, kurių galutinis rezultatas leidžia užtikrinti suinteresuotųjų šalių pasitenkinimą.

Sąveikos sampratos aspektai:

1. Sąveika bendradarbiaujant - tai žmonių tarpusavio suvokimas.
2. Sąveika - tai pasikeitimas informacija. Vienas kitam mes informaciją galime perduoti naudodami įvairius būdus: kalbą (žodinį arba verbalinį), mimiką, gestus (nežodinį arba neverbalinį), užrašytą informaciją ir kt.
3. Sąveika - tai bendradarbiavimas tarpusavyje siekiant įgyvendinti socialinius uždavinius.

Sąveikaujančių institucijų darbuotojų ir vadovų požiūrio, nuomonių apklausa bei esamų struktūrų, sistemų ir politikos apžvalga gali duoti atsakymus į daugelį iškylančių klausimų ir nustatyti, kokių reikia pokyčių (Kano, 1996). Autorius teigia, kad dėl mažo informuotumo nauda iš sąveikos atrodo tolima ir labai abstrakti. Kuo daugiau informuoti žmonės apie institucijų sąveiką, tuo labiau jie vertina jos naudą. Vis dar besiformuojanti informacinė visuomenė, o juo labiau sveikatos priežiūros darbuotojų grupė, kurią kasdien pasiekia milžiniški informacijos srautai, pradeda turėti lemiamos reikšmės tiek verslo, tiek viešojo sektoriaus institucijų sprendimams ir veiklos standartams. Lietuvoje, būtinas verslo ir viešojo sektoriaus bendradarbiavimas siekiant bendrų tikslų (Marčinskas, Seiliūtė, 2008). Asmens sveikatos priežiūros įstaigose informacinės sistemos naudojamos statistinių ir veiklos ataskaitų paruošimui, įstaigų finansų ir apskaitos valdymui, sveikatos priežiūros paslaugų sisteminimui. Tokiose medicinos įstaigų veiklos srityse kaip „siuntimai konsultacijai ir atsakymų gavimas“, „siuntimai laboratoriniams tyrimams ir atsakymų gavimas“, „laboratorinių diagnostinių tyrimų rezultatų, medicininių vaizdų, kardiogramų saugojimas ir tvarkymas“, - informacinės sistemos lieka praktiškai nenaudojamos. Visų įstaigų aprūpinimas kompiuterine – technine įranga yra labai žemas, žemas arba vidutinis (Kairys ir kt., 2008). Autoriai teigia, kad kiek geresnė padėtis yra sveikatos priežiūros įstaigose, kurios dalyvauja Europos Sąjungos finansuojamuose projektuose.

Sąveikos efektyvumo vertinimo uždaviniai:

1. Analizuoti grįžtamąją informaciją apie sąveikos kokybę peržvelgiant nustatytus sąveikos tikslus, turinį ir procesą;
2. Nustatyti sąveikos poreikį profesinio informavimo ir konsultavimo sistemoje.
3. Nustatyti efektyvios sąveikos gaires.

Efektyvios sąveikos požymiai:

1. Tinkamas aprūpinimas informacija.
2. Derama informacijos analizė ir įvertinimas.
3. Efektyvus klausymasis.
4. Dalykiškas klausinėjimas.

5. Konstruktyvus dalyvavimas.

Pasaulinis forumas dėl mokslinių tyrimų sveikatos srityje, sąveikos sąvoką apibrėžia kaip „tai sąjungininkų pasidalijimas tikslais, pastangomis ir nauda". Tačiau gali kilti įvairių lygių žinių, kompetencijos ir finansavimo partneryščių, kurios gali būti tik papildomos, bet taip pat gali duoti savo naudą (Reich, 2002).

Sąveikos metodai:

1. *Informavimas* – efektyvus ir dažniausiai naudojamas sąveikos metodas, kurio tikslas – teikti žinias partneriams apie sąveikos galimybes bei skleisti naudingą informaciją.
2. *Konsultacijos*, kurių pagalba užtikrinama optimali sąveika keičiantis aktualia informacija, kuriant ir siekiant bendrų tikslų, konsultavimas reiškia pasikeitimą nuomonėmis ir dialogo tarp socialinių partnerių užmezgimą bei plėtojimą.
3. *Patarimai* – naudojami konsultacijos metu, siekiant gauti pagalbą iš partnerio, išsiaiškinti aktualias problemas ir rasti optimalų problemos sprendimo būdą.
4. *Mokymai*, kurių pagalba užtikrinama profesinio informavimo ir konsultavimo paslaugų kokybė bei plėtra.

Sąveikos požiūris – kai įmonės dirba tarpusavio priklausomų ryšių tinkle, kurio tikslas pasiekti kolaboratyvinių privalumų strategiškai sąveikaujant (Contractor, 1998; Kanter, 1994). Tai būdinga ir Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai, o ypač šiuo metu, kuomet, vykdant trečiąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą, kalbama apie „žalius koridorius" pacientams. Turima omenyje pacientus iš labiausiai reformos paliestų 10 savivaldybių, kuriose po reformos įgyvendinimo liko tik rajoninio tipo II lygio sveikatos priežiūros įstaigos ir šių rajonų pacientai atskiru srautu priimami gydyti į respublikines sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose tokie „žalieji koridoriai" numatyti.

Kai kurie mokslininkai teigia, kad sąveika su konkurentais yra „beprasmis reikalas" (Harari, 1994). Autorius teigia, kad iš dalies taip yra todėl, kad tokie aljansai dažnai tampa lenktyniavimu tarp konkurentų siekiant įsisavinti konkurentų kompetencijas. Tokie aljansai žlunga, nes poreikis konkuruoti nugali poreikį sąveikauti (Park, 1996). Praktiškai sąveika tarp institucijų kartais užklimpsta „kolaboratyvinėje inercijoje". Tai situacija, kai sąveikos rezultatai nepasiekiami arba per lėtai materializuojasi (Huxham, 1996).

Tokios inercijos priežastys dažniausiai yra:

a) skirtingi įstaigų tikslai;

b) valdžios dalybos problemos;

c) pasitikėjimo trūkumas;

d) neaiški, sudėtinga sąveikos struktūra;

e) lyderystės nebuvimas (Huxham, 2003).

Sąveikos trikdžiai pagal autorių **yra:**

1. Sąveikos teisinio pagrindo nebuvimas.
2. Interesų skirtumai ir bendrų rezultatų siekimo būtinybės nesuvokimas.
3. Socialinės partnerystės principų nesuvokimas.
4. Prielaidų manipuliavimui ir nesąžiningumui atsiradimas neįteisinus sutartimis sąveikos sąlygų.
5. Sąveikos nekūrybiškas ir formalus taikymas.
6. Lygiavertiškumo principo ignoravimas.
7. Koordinavimo nebuvimas.

Sąveikos problemų išsiaiškinimas ir jų sprendimo būdų nustatymas yra labai svarbi valdymo proceso technologinio ciklo dalis. Nuo problemų sprendimo priklauso įstaigų ar organizacijų veiklos rezultatai.

Sveikatos apsaugos sektoriuje, Pasaulinė Sveikatos Organizacija, sąveika apibūdina kaip „suvienyti visus dalyvius bendram tikslui, t.y., pagerinti gyventojų sveikatą priimant visų pripažintas taisykles ir principus“ (Kinkbusch ir Quick, 1998). Šiame apibrėžime, susitarimas dėl pagrindinių principų yra labai svarbus, ypač svarbu išlaikyti balansą, kad kiekvienas sąveikos dalyvis galėtų išlaikyti savo vertybes ir identitetą. PSO siūlo, kad pagrindiniai etikos principai turi būti tokie: naudingumas, t. y. turi būti visuomenės sveikatos svoris; nesėkmių nebuvimas, kas neturi sukelti sveikatos sutrikimų; autonomija, kuri neturėtų paliesti partnerės autonomijos (savarankiškumo) ir lygybė, kuomet išmokos turėtų būti paskirstytos tiems, kuriems jos labiausiai reikalingos (WHO, 1999).

Metodologiniu požiūriu svarbiausia yra sisteminis požiūris į valdymo problemas ir jų sprendimą. Vadovaujantis šiuo požiūriu, turi būti įvertinami vidiniai sisteminiai ryšiai sprendžiant problemas, tarpelementinė sąveika, problemų ir jų sprendimo poveikis institucijai ir sistemai. Sveikatos priežiūros įstaigų valdymo problemų spektras yra gana platus – ištekliai, žmonės, personalas, technologijos ir kt. Janušonis ir Popovienė (2003) įvardija problemų prevenciją kaip organizacijos ateities ir jos vietos sistemoje „matymą“, jos būsimos veiklos modeliavimą, pačios sveikatos priežiūros sistemos prognozavimą.

Janušonis (2007) teigia, kad organizacijos pokyčių valdymas, savalaikės vadybinės intervencijos padeda greičiau ir veiksmingiau spręsti problemas ir pasiekti geresnių organizacijų veiklos rezultatų. Kai kurie apibrėžimai prideda veiklos elementų įsivaizduojant partnerystę kaip „bendradarbiavimo santykius tarp subjektų siekiant bendrų tikslų, tarpusavyje suderintomis

priemonėmis bei darbo pasidalinimu“ (World Bank, 1998). Ši partnerystė taip pat gali būti „mechanizmas įvertinti sėkmę ir atlikti koregavimus“ (World Bank, 1998), arba „susitarimas dirbti kartu, siekiant įvykdyti prievolę ar atlikti specialią užduotį, įpareigojant išteklius ir dalytis rizika, taip pat siekiant naudos“ (Janušonis, 2004).

Organizacijos, siekiančios sąveikauti ir gauti galimybę naudotis kitos organizacijos ištekliais, jos sugebėjimais, turi būti pasiryžusios už tai sumokėti dalies kontrolės praradimu. Kontrolės dalijimasis su bendradarbiavimo sąveikos partneriais dažnai padidina valdymo kaštus ir prailgina sprendimų priėmimo laiką (Buškevičiūtė, Raipa, 2010). Bet kontrolės ir darbų sferų pasidalijimas yra būtinas. Laiko ir finansiniai apribojimai irgi apsunkina sąveiką. Kad sąveika būtų sėkminga, įstaigos turi žinoti, kada verta ją pradėti. Lydeka, Adomavičius (2007) teigia, kad verta sąveikauti, kai sąveika aiškiai padeda įstaigai pasiekti svarbiausią tikslą ir, kai akivaizdžiai matyti, kad viena įstaiga nesugebėtų pasiekti išsikelto tikslo ar išspręsti susidariusios problemos.

Apibendrinant galima teigti, kad sąveika tarp institucijų, organizacijų ar įstaigų pateikiama kaip būtina sąlyga siekiant įgyvendinti išsikeltus tikslus. Sąveika dažniausiai pateikiama kaip santykių palaikymas, bendravimo būdas, priešingybė konkurencijai, pavaldumo hierarchijai, priešingybė biurokratijai.

1.2. Teorijos, atskleidžiančios organizacinės sąveikos prigimtį viešajame sektoriuje

Siekiant apibendrinti valstybės ir savivaldybių sąveikos sąvoką, nepakanka išnagrinėti organizacijų sąveikos sampratos, požymių ir būdų. Būtina panagrinėti minėtų institucijų sąveikos prigimties pagrindus, kuriuos atskleidžia sąveikos teorijos.

Mokslinėje literatūroje išskiriami keturi požiūriai į institucijų ar organizacijų tarpusavio sąveikos teoriją: viešojo administravimo, ekonomikos, rinkodaros ir sociologijos.

Šiame magistriniame darbe didžiausias dėmesys skiriamas viešojo administravimo požiūriui. Šį požiūrį atstovaujantys autoriai domėjosi ir nagrinėjo viešųjų įstaigų teikiamų paslaugų kokybės bei savalaikiškumo problemomis (Bogason, 2000) bei ieškojo teikiamų paslaugų kokybės gerinimo būdų (Vigoda-Godot, 2003).

Moksliniuose darbuose sąveika tarp institucijų nagrinėjama dviem skirtingomis kryptimis:

1. Nurodant sąveikos priežastis;
2. Siekiant apibrėžti sąveikos efektyvumą (Parsons, 2001).

Viešojo administravimo požiūriu, nagrinėjant valstybės ir savivaldybių sąveikos priežastis, išryškėja galios ir priklausomybės nuo išteklių bei mainų (Parsons, 2001) teorija. Ši teorija teigia, kad sąveika tarp institucijų grindžiama galios santykiais, t. y. vienos institucijos priverčia kitas, mažiau galingas ir labiau priklausomas nuo išteklių, paklusti galingesnių sprendimams.

Partnerystės teorija viešojo administravimo požiūriu, o ypač sveikatos priežiūros srityje, dar tik įsivyrauja. Tai sąlygoja partnerystės sąvokos iškraipymas, nenoras suprasti. Klijn ir Koppenjan (2000), savo veikale rašo, kad partnerystė apima daugelį skirtingų veiklų, bendros programos įtraukia daugybę vykdytojų ir klienų. Autorių nuomone, partnerystė reikalauja lankstumo, valdymo struktūrų, komunikacijos ir atlygio už darbą pokyčių. Taigi, partnerystei tarp institucijų ypač svarbu yra darbuotojų keitimasis įgūdžiais, siekimas papildyti viena kitą, dalijimasis informacija, pasitikėjimas bei atlygis.

Mokslinėje literatūroje skiriamos šios kelios institucijų sąveiką apibūdinančios teorijos:

a) atvirų sistemų,
b) socialinių mainų,
c) institucinės santvarkos,
d) sandorio kaštų, priklausomybės nuo resursų,
e) bendradarbiavimo ir kitos teorijos.

Atvirų sistemų teorijos požiūriu, institucijos egzistuoja savitoje aplinkoje, veikiamos interesų grupių ar kitų institucijų taip, daugiau ar mažiau, darydamos įtaką supančią aplinką. Thompson (2003) teigia, kad institucijos naudojasi aplinkos teikiamomis galimybėmis ir vertybėmis, jas materializuoja savo viduje, o vėliau grąžina atgal į aplinką kitame pavidale.

Pagal socialinių mainų teoriją, žmones veikti kartu skatina greitesnis asmeninių tikslų pasiekimas. Pasak socialinės mainų teorijos šalininkų, žmogus yra racionali būtybė. Jie teigia, kad žmogus pasirenka socialinius mainus tada, kai tarpusavio priklausomybė yra asmeniškai naudingas sprendimas. Taigi, socialinių mainų teorija pagrįsta savitarpio pagalbos poreikio, pasitikėjimo, altruizmo pasireiškimu tiek individualiai, tiek institucijų lygmenyje, siekiant naudos (Ridley, 1996).

Sąvoka „institucinė santvarka“ suprantama kaip normų, taisyklių, principų, sprendimų priėmimo procedūrų sąvadas, kurio dėka sąveikaujančios šalys gali veikti kartu tam tikroje veiklos sferoje. Šios teorijos vienas iš atstovų, Dowding (2001) teigia, kad pagrindinis institucinės santvarkos teorijos bruožas yra suvienyti išteklius ir jėgas, siekiant laimėti rinkimuose.

Puškorius (2006) teigia, kad „bendradarbiavimo partneriai turi puikiai suvokti savo interesus ir žinoti, kaip jiems bus atlyginta, jei jie kokybiškai ir laiku atliks jiems priskirtas funkcijas“ (2006, p.10). Pasak sandorio kaštų teorijos šalininko, adekvatus atlyginimas už veiklos rezultatus turi būti taikomas tiek privačiame, tiek viešajame sektoriuose. Šios teorijos šalininkai siūlo prieš pradedant bendradarbiauti įvertinti kainos ir potencialios naudos santykį. Toks požiūris turėtų būti taikomas užmezgant ryšius tarp valstybės institucijų ir pačių institucijų viduje.

Priklausomybės nuo resursų teorijos šalininkai, tokie kaip Barley, Freeman, Hybels, (1992) teigia, jog disponavimas pakankamais ištekliais arba jų trūkumas yra pagrindinis institucijų tarpusavio sąveikos veiksnys. Autoriai teigia, kad paprastai aktyviai tarpusavyje sąveikauja tos

institucijos, kurios turi didelį potencialą resursų. Turinčios pakankamai resursų institucijos dažniausiai „primeta“ savo valią mažiau resursų turinčioms institucijos, taip priversdamos jas paklusti savo interesams.

Sėkmingą institucijų sąveiką lemia pasiryžimas bendradarbiauti ir siekti abiem pusėm naudingo rezultato. Bendradarbiavimo teorijos šalininkas Gray (1989) suformulavo keletą bendradarbiavimo teorijos nuostatų. Tai:

a) interesantų susitarimas dėl tarpusavio priklausomybės ir intensyvumo;
b) vieningi sprendimai, priimti konstruktyvių diskusijų metu;
c) kiekvienos šalies nuomonės svarba;
d) bendra atsakomybė už priimtus sprendimus;
e) iš esmės bendradarbiavimo kaip nenutrūkstamo proceso pripažinimas.

Šių teorijų pagrindas yra tai, kad, jei institucijos, sugebančios sąveikauti su aplinka, keičia aplinką, tai ir pačios keičiasi su ja. Bifulco ir Vitale (2003) sako, jog sąveika tarp institucijų leidžia atskleisti naujas galimybes ir veikti naujame kontekste, šiuo atveju tas naujas kontekstas ir yra sąveika tarp valstybės ir savivaldybių.

Apibendrinant institucijų sąveikos teorijas galima teigti, jog institucijas bendradarbiauti skatina tam tikros problemos, galimybės, poreikis arba būtinybė. Daugelis mokslininkų teigia, kad sėkmingo bendradarbiavimo prielaida yra pasitikėjimas ir nusiteikimas bendradarbiavimui (Vigoda - Godot, 2003). Kitas autorius, Mandell (2001) sako, kad keičiantis pasauliui, politika ir ekonomika nesugeba patenkinti visuomenės poreikių, todėl bendradarbiavimą mato kaip išeitį iš susidariusios situacijos.

1.3. Valstybės ir savivaldybių sąveikos ypatumai Lietuvoje

Dažni įstatymų pakeitimai bei papildymai rodo, kad reformuojant Lietuvos valstybės valdymo modelį, mėginimai iš pasirinktųjų Europos šalių perimti tik tai, kas pastarosioms užtikrino sėkmę ir gerovę (Raišienė, 2003), Lietuvai nedavė lauktų rezultatų. Autorė, remdamasi Regioninių tyrimų instituto nuomone ir pasiūlymais dėl apskričių valdymo reformos bei apskričių teritorinės reformos krypčių, pabrėžia dvi svarbesnes tai nulėmusias priežastis:

1) nebuvo pasirinkta ar sukurta metodika, kaip vakarietiškų valstybių patirtį pritaikyti, nesukeliant prieštaravimų valstybės valdymo sistemoje;
2) patirties perėmimo galimybės ir padariniai nebuvo apgalvoti, atsižvelgiant į tai, jog Lietuva priklauso Centrinės ir Rytų Europos šalims, kurių istorinė raida ir sąlygos gerokai skiriasi nuo Vakarų Europos šalių.

Viešasis administravimas – sąvoka, aprėpianti viso viešojo sektoriaus veiklą. Viešasis administravimas yra aiškinamas kaip visuomenės išrinktosios valdžios politikos įgyvendinimas per

įvairias valdymo priemones bei mechanizmus, pirmiausia – valstybės administravimo subjektus ir įstatymus (Viešojo administravimo įstatymas). Remiantis minėtu įstatymu, išskiriami trejopi valstybės administravimo subjektai, vykdantys valstybės funkcijas: centriniai, regioniniai (vyriausybinės priežiūros institucijos, apskritys) ir vietiniai (savivaldybės).

Įstatymais ir kitais teisės aktais yra reglamentuojami pačių valstybės administravimo subjektų bei valstybės institucijų ir savivaldybių santykiai. Savivaldybės yra atsakingos už savivaldos teisės įgyvendinimą savo teritorijose (Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas).

Savivalda turėtų būti suprantama kaip „valstybės teritorijos administracinių vienetų bendruomenių, kurias sudaro šių vienetų nuolatiniai gyventojai, savitvarka ir savaveiksmiškumas pagal Konstitucijos ir įstatymų apibrėžtą kompetenciją“ (Konstitucinio Teismo nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo <...>“ atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai pakeitimai).

Taigi, savivaldos teisė Lietuvos Respublikoje yra suteikta bendruomenėms. Europos vietos savivaldos chartijoje taip pat pabrėžiama vietos gyventojų svarba. Chartijoje vietos savivalda apibrėžiama kaip „vietinės valdžios organų teisė ir gebėjimas, neperžengiant įstatymų nustatytų ribų, tvarkyti ir valdyti pagrindinę viešųjų reikalų dalį, už tai prisiimant visą atsakomybę ir vadovaujantis vietos gyventojų interesais“ (Europos vietos savivaldos chartija).

Be to, valstybės institucijų ir savivaldybių sėkmingai sąveikai didelę reikšmę turi šių įstaigų numatomi strateginiai planai. Valstybės įstaigos ir savivaldybių administracijos turi parengti savo strateginius veiklos planus, kurių paskirtis – „glaustai pateikti visuomenei svarbiausią informaciją apie ministerijos, Vyriausybės įstaigos arba savivaldybės administracijos misiją, strateginius tikslus, vykdomas programas, programų tikslus ir siekiamus rezultatus. Sykiu pateikiamas ir trumpas kitais metais planuojamų reformų aprašymas“ (Kundrotienė, Rekerta, 2002, p.108). Pasak autorių, strateginis planavimas, jo vykdymas tiek Vyriausybės, tiek savivaldybių lygmeniu, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, ypatingai svarbus. Pirmiausia Vyriausybė turi suformuluoti aiškius savo tikslus, nustatyti prioritetus ir tik tada valstybės institucijos ir savivaldybės galės sąveikauti, planuoti savo veiklą ir sėkmingai įgyvendinti sveikatos priežiūros sistemos reformą.

Tačiau Lietuvoje viskas susiklostė lyg ir atvirkščiai, tą akivaizdžiai įrodo procesai vykstantys sveikatos priežiūros sistemos srityje, t. y. valstybės institucijos, atsakingos už sveikatos politiką šalyje, rengė savo strateginius veiklos planus, neatsižvelgdamos į savivaldybių gyventojų specifiką, jų pasirengimą dalyvauti sąveikoje, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas savo savivaldybėse. O savivaldybės kūrė savo strateginius planus ne visai suvokdamos valstybės ilgalaikius tikslus. Tam be abejonės įtakos turėjo ir dažnai besikeičiančios vyriausybės, kuomet, pasikeitus politinei valdžiai, nebuvo tęsiami pradėti projektai, ilgam įstrigdavo programos

arba jos įgaudavo politinį atspalvį ir pakrypdavo kita linkme (Nakrošis, 2008). Visa tai lėtino ir dabar dar lėtina valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Apibendrinant galima teigti, kad valstybės institucijos, įgyvendinančios valstybės valdžią, turi formuoti politikos gaires įvairiose srityse, o tuo pačiu ir sveikatos priežiūros sistemos srityje, o savivaldybės, būdamos savo rajonų sveikatos priežiūros įstaigų steigėjos, turi padėti įgyvendinti šias gaires. Tačiau Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reformoje ši valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, neveikia arba veikia ribotai.

2. SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMĄ IR JOS REFORMAS REGLAMENTUOJANTYS TEISĖS AKTAI

Lietuvoje sveikatos sistemos politiką formuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybė bei Sveikatos apsaugos ministerija. Vyriausybė formuoja sveikatos politikos gaires, derina jas su Europos Sąjungos formuojama sveikatos politika. Dabartinėje Lietuvos sveikatos politikos sistemoje valdymo struktūra gali būti apibūdinama kaip centralizuota su ryškiais savivaldos elementais. Kadangi, Sveikatos apsaugos ministerijos pagrindinė funkcija – sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo bei paslaugas ligoniams teikiančių įstaigų, tiesiogiai pavaldžių miestų savivaldybėms, kontrolė. Šias funkcijas sveikatos apsaugos ministerija atlieka per ligonių kasas, kurios vertina ir analizuoja gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius, pagal gyventojų poreikius prognozuoja ir nustato sveikatos priežiūros paslaugų teikimo mastą, rūšis, vertina ir nustato sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo poreikį (Valstybinė ligonių kasa).

Pagrindiniai sveikatos priežiūros įstaigų steigėjai – savivaldybės, kadangi jos atsako už sveikatos priežiūros paslaugų teikimo savo teritorijų gyventojams užtikrinimą, kontroliuoja planuojamas ir teikiamas sveikatos priežiūros įstaigų paslaugas, kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, tvirtina jų struktūrą bei metines finansines ataskaitas (Lietuvos savivaldybių portalas).

Atkūrus Nepriklausomybę, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos įstatyme sveikatos politika įteisinta kaip prioritetinė valstybės remiama sritis. Tą pabrėžia 1994 m. liepos 19 d. priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, kuris numatė:

1. „*Nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindus: bendras sveikatos reikalų tvarkymas Lietuvos Respublikoje; visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinius sveikatinimo veiklos prioritetus; Lietuvos sveikatos programos, valstybės ir savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimo užtikrinimas.*

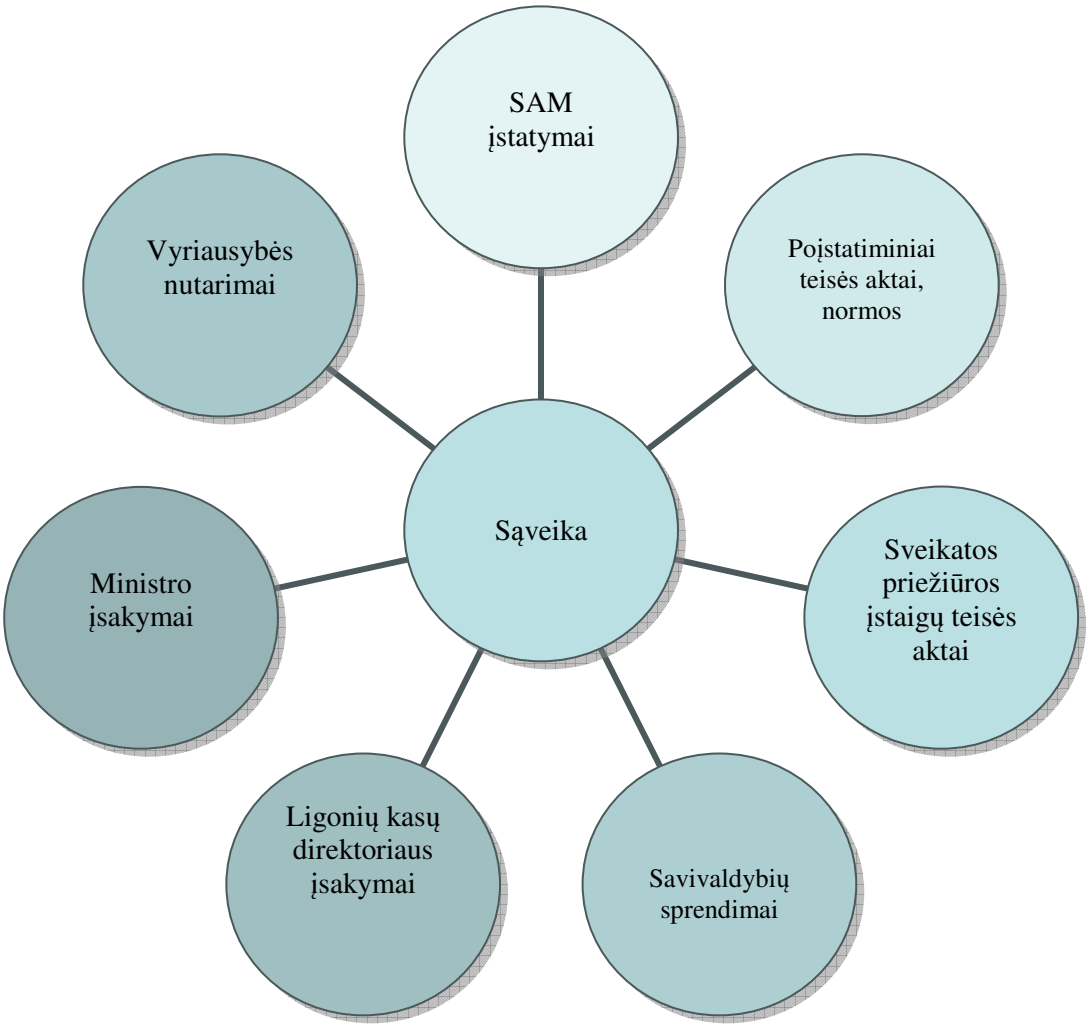
2. *Sveikatinimo veiklos valdymo subjektus: Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos (t.y. ligonių kasos), apskričių viršininkai.*
3. *Sveikatos sistemos veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius: pirminė sveikatos priežiūra; antrinė sveikatos priežiūra; tretinė sveikatos priežiūra"* (Sveikatos sistemos įstatymas).

Lietuvos sveikatos politika plėtojama pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijas „Sveikata visiems XXI amžiuje".

Vykdant šalies sveikatos priežiūros sistemos pertvarką, nuolat tobulinama teisinė nacionalinės sveikatos politikos bazė, atsižvelgiant į modernias Europos Sąjungos ir pasaulio visuomenės sveikatos politikos strategijas, naujus sveikatai pavojų keliančius iššūkius, mokslinius tyrimus, nuolatinius statistinius stebėjimus bei analizę. Svarbus vaidmuo stiprinant visuomenės sveikatą tenka visiems valstybės sektoriams, visuomeninių organizacijų aktyvumui, tarptautinio bendradarbiavimo plėtrai (Nacionalinė konferencija).

Sveikatos apsaugos sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, specialias lėšas paskirstant įvairioms sveikatos apsaugos institucijoms. Svarbiausia sveikatos priežiūros reforma siejama su pirminės priežiūros paslaugų tiekimu visiems šalies gyventojams. Pagrindiniai bendrosios praktikos gydytojų uždaviniai yra vykdyti prevencinę priežiūrą, skirti kompensuojamųjų vaistų ir atlikti priminį ligų gydymą (Jurgutis, 2003). Pagrindinės problemos, su kuriomis susidūrė sveikatos priežiūros darbuotojai, buvo nuolatinis išteklių trūkumas visuose sektoriuose, didelis ligoninėse gydomų pacientų skaičius ir gana lėtas žmogiškųjų išteklių atnaujinimo procesas.

Visų valstybės vykdomų reformų pagrindas yra įstatymai ir kiti teisės aktai. Tik teisės aktų priėmimas ir jų nuoseklus vykdymas gali garantuoti sėkmingą reformos vykdymą. Priimtų pagrindinių teisės aktų ir dokumentų sąrašas tikrai yra įspūdingas (žr. 1 priedą). Jį sudaro Lietuvos Respublikos įstatymai, Lietuvos Respublikos medicinos ir higienos normos, Vyriausybės nutarimai, Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimai, Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymai, VLK direktoriaus įsakymai, savivaldybių tarybų sprendimai ir kt. Remiantis pateikta literatūros apžvalga ir analize, 1 paveikslas sudarytas siekiant nurodyti, sugrupuoti ir aiškiau parodyti teisės aktų sąrašą, kuris reglamentuoja sveikatos priežiūros sistemos reformą Lietuvoje ir, kuris įtakoja valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.



1 pav. Teisės aktų sąrašas, kuris reglamentuoja valstybės ir savivaldybių sąveiką sveikatos priežiūros sistemos reformos atžvilgiu.

Šaltinis: sudaryta autorės pagal SAM.

1990 metais atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, sveikatos priežiūros sistemų plėtojimasis perėjo keturias stadijas:

Pirmoji stadija. 1990 – 1992 metais išaugo vietos savivaldybių įtaka nestacionariai priežiūrai ir daugumos mažų bei vidutinių ligoninių valdymui. Tuo laiku vyravo įsitikinimas, kad sveikatos priežiūros paslaugų asortimentą ir kokybę turi nustatyti gydytojai, įstaigos ir savivaldybės. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) „Sveikata visiems“ politikos pagrindu 1991 metais Seimas priėmė Nacionalinės sveikatos priežiūros koncepciją. Ši koncepcija tapo pagrindiniu dokumentu, pagrindžiančiu sveikatos politikos formavimą Lietuvoje. Ji nustatė sveikatos priežiūros politikos trumpalaikius ir ilgalaikius tikslus bei šios srities problemų sprendimo intelektualinį pagrindą. Tai

buvo pirmieji žingsniai valstybės ir savivaldybių sąveikos link, planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros sistemą.

Antroji stadija – antras žingsnis valstybės ir savivaldybių sąveikos link (1993 -1994 metai). Ji pasižymėjo viešomis diskusijomis dėl privataus ir visuomeninio sveikatos priežiūros institucijų valdymo bei finansavimo per valstybinius arba privačius sveikatos draudimo fondus, taip pat dėl laisvo ar riboto gydytojo pasirinkimo. Apsispręsta dėl laipsniškos reformos (Gustainienė, 2003). Šioje reformų stadijoje, siekiant į reformos procesą plačiau įjungti medicinos bei plačiąją visuomenę, prie LR Sveikatos Ministerijos buvo įkurtas Sveikatos apsaugos reformos biuras (SARB‘as). Suformuota SARB‘o taryba funkcionavo darbo grupių pagrindu, kurios rengė konkrečius sveikatos sistemos reformos projektus, mobilizuodamos įvairių sričių medicinos bei kitų specialybių profesionalus. Tokiu būdu vyko nacionalinis dialogas sveikatos sistemos reformos klausimais, apimančiais veiksmus, kuriuos būtina padaryti sveikatos bei medicinos personalo rengimo, pirminės sveikatos priežiūros grandies, stacionarinės pagalbos optimizavimo, reabilitacijos sistemos restruktūrizacijos, šių procesų ekonominio pagrindimo srityse (Sveikatos apsaugos ministerija).

Tokios struktūros kaip SARB‘as egzistavimas bei jo stimuliuotos iniciatyvos sveikatos reformos klausimais buvo teigiamai vertinamas tarptautiniu mastu, nes, PSO Lietuvą įvardino kaip šalį, kuri sumaniai planuoja ir nuosekliai įgyvendina sveikatos sistemos reformą. Tačiau dažnai besikeičiant Sveikatos apsaugos ministrams, augant medicinos visuomenės susipriešinimui, didžioji dalis SARB‘o parengtų projektų liko neįgyvendinti, o ir pačio Sveikatos apsaugos reformos biuro veikla buvo sustabdyta ir nutraukta (III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija, 2001).

Trečioji stadija – kitas žingsnis sąveikos link (1994-1995). Tai sveikatos priežiūros paslaugų dekoncentravimo ir sveikatos draudimo įstatymo įdiegimo stadija. Sveikatos apsaugos ministerija ėmėsi vadovavimo apskritims. Būtent tuomet nuspręsta sustiprinti pirminės sveikatos priežiūros sektorių, mažinant ambulatorinės priežiūros specializaciją. Daugiau dėmesio imta skirti vadovaujančio personalo mokymui ir paslaugų teikėjų kontrolei (Gustainienė, 2003). Šioje stadijoje buvo priimtas ilgai lauktas Sveikatos sistemos įstatymas, sąlygojęs teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžęs valstybinių valdymo subjektų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemos reformai. Sveikatos sistemos įstatymas reikalauja, kad būtų užtikrintas sveikatos priežiūros prieinamumas, priimtinumas ir tinkamumas, kad būtų naudojamos tik aprobuotos medicinos technologijos, taip pat numato kontrolę vykdančias įstaigas, jų funkcijas, lokalaus medicinos audito vykdymą ir kitų sveikatos priežiūros kokybę užtikrinančių priemonių įgyvendinimą (Sveikatos sistemos įstatymas).

Ketvirtoje stadijoje (1995 – 1997) buvo parengta ir patvirtinta eilė teisinių dokumentų, kurie turėjo ypatingos reikšmės, siekiant sukurti teisinius sveikatos sistemos pagrindus. 1996 m. Seimas priėmė Sveikatos draudimo įstatymą. 1997 m. pradėta biudžetines asmens sveikatos priežiūros

įstaigas perorganizuoti į viešąsias, nepelno siekiančias įmones, tokiu būdu palaipsniui pereinant nuo biudžetinio įstaigų finansavimo prie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sutarčių pagrindu.

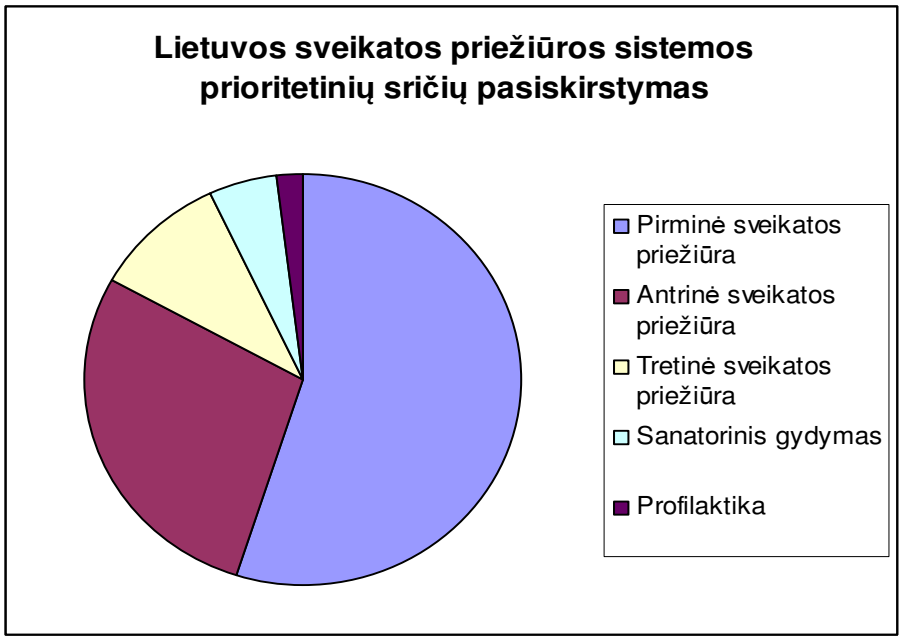
1998 metais buvo priimta Lietuvos sveikatos programa. Šio dokumento pagrindiniai tikslai:

- Lietuvos žmonių vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimas;
- pagrindinių ligų sąlygoto mirtingumo mažėjimas;
- sveikatos santykių teisumas;
- gyvenimo kokybės gerinimas (Lietuvos sveikatos programa).

1998 m. patvirtinti Nacionalinės sveikatos tarybos (NST) nuostatai bei jos sudėtis buvo realiausias valstybės ir savivaldybių sąveikos, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, įrodymas (III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija, 2001). Nacionalinė sveikatos taryba – tai Lietuvos Respublikos Seimui atskaitinga sveikatos politikos koordinavimo institucija, kuri teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklių, Lietuvos sveikatos programos ir kitų valstybinių sveikatos programų, rengia ir kasmet teikia Seimui pranešimą apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę. Nacionalinę sveikatos tarybą sudaro 15 narių: 1/3 Lietuvos savivaldybių asociacijos deleguotų savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų atstovų, 1/3 visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus atstovų, 1/3 visuomenės sveikatos specialistų (Lietuvos Respublikos Seimas, Apie Nacionalinę sveikatos tarybą). Tai kolegialus valstybės ir savivaldybių sąveikos organas.

Nacionalinė sveikatos taryba siekia, kad Lietuvos visuomenė būtų informuota apie sveikatos priežiūros reformos tikslus, planuojamus ir vykdomus procesus. NST rūpinasi sveikatos sistemos reformos tęstinumu, vykdant Lietuvos sveikatos programą ir nurodo siekiamus rodiklius iki 2014 metų. Taip pat ši organizacija siekia bendrų sveikatos sistemos principų visuose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo lygiuose: tiek valstybės, tiek apskričių, tiek savivaldybių (Lietuvos Respublikos Seimas, Apie Nacionalinę sveikatos tarybą). Šios institucijos sukūrimas leido pradėti iš esmės naują Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo etapą, kuomet valstybė ir savivaldybės pradėjo realią sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas. Po ilgos pertraukos visos trys sveikatos politiką formuojančios bei jos įgyvendinimą įtakojančios institucijos – Nacionalinė sveikatos taryba, LR Seimo sveikatos reikalų komitetas bei LR Sveikatos apsaugos ministerija – ėmėsi koordinuotos veiklos (Buivydas, Černiauskas, 1997).

Antrame paveiksle akivaizdžiai matyti, kaip valstybės sąveika, restruktūrizavimo etapo metu, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas bei jas priartinant prie ES sveikatos politikos, keičia pačią Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos struktūrą bei politiką. Lentelėje matome, kaip įgyvendinus teisės aktus, pasikeitė sveikatos priežiūros paslaugų prioritetai, o su jais ir sąveika tarp valstybės ir savivaldybių sprendžiant sveikatos priežiūros problemas.



2 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reformos prioritetinės veiklos

Šaltinis: sudaryta autorės pagal SAM

Pirminė sveikatos priežiūra - laikoma prioritetine sveikatos priežiūros politikos sritimi ir vykdoma poliklinikose. Didėja ambulatorinės pagalbos prieinamumas, plėtojamos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos bei ambulatorinės reabilitacijos paslaugos. Ypač greitai vystosi privati medicinos veikla.

Antrinė sveikatos priežiūra - po trečio restruktūrizacijos etapo – vykdoma regioninėse ligoninėse. Stacionarinių lovų skaičius išlieka nepakitęs. Rajono ligoninėse lieka tik minimali stacionarinė pagalba, mažinamas stacionarinių lovų skaičius. Toliau plečiasi privati medicininė veikla.

Tretinė sveikatos priežiūra - po trečio restruktūrizacijos etapo – vykdoma respublikinio lygio ligoninėse. Stacionarinių lovų skaičius išlieka nepakitęs. Didėja prioritetai bei skiriamas didesnis finansavimas didžiausioms šalies sveikatos priežiūros įstaigoms.

Sanatorinis gydymas. Stacionarinis sanatorinis gydymas praranda savo prioritetą ir įsigali ambulatorinės reabilitacinės paslaugos.

Profilaktika. Labai daug vykdoma prevencinių programų, kurias remia tiek valstybė, tiek savivaldybės, tiek privatūs asmenys (pvz.: vėžio profilaktikos, cukrinio diabeto, išsėtinės sklerozės ir kt.) (Jankauskienė, 2000).

Kaip matyti iš paveikslo, vykdant reformą, Lietuvoje mažinamas hospitalizacijos rodiklis (atvykusių į stacionarą pacientų skaičius per metus), siekiama, kad 2012 m. jis būtų 18 žmonių tūkstančiui gyventojų. 2010 metais šis rodiklis 2 punktais buvo didesnis. Mokslininkai ir ekspertai sako, kad tokie hospitalizacijos rodikliai iš viso neturėtų būti taikomi ligoninėse, ypač per ekonominį

sunkmetį. Pastebima, kad krizių metu žmonių sergamumas išauga ir hospitalizacija padidėja visose pasaulio šalyse. Tačiau Lietuvos Vyriausybė ir SAM braižo kitokius planus – žmonių ligoninėse turi būti mažiau.

Lietuvos sveikatos politika formuojama atsižvelgiant į sisteminį modelį (D. Easton). Lietuvoje, visuomenės nuomone, reikėjo liberalizuoti sveikatos sistemą, leisti atsirasti privačiam paslaugų verslui medicinoje – atsirado privati medicina. Pradžioje odontologija, vėliau šeimos gydytojų kabinetai, ilgainiui privačios medicinos klinikos (pvz.: Grybo medicinos centras, Širdies chirurgijos centras, Lietuvos – Amerikos klinika ir t.t.). 1 lentelė parodo sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių santykį, formuojant sveikatos priežiūros politiką.

1 lentelė. Lietuvos sveikatos politikos formavimas, kaip valstybės ir savivaldybių sąveikos rezultatas

Įeiga	Juoda dėžė	Išeiga
Visuomenės reikalavimas gerinti sveikatos priežiūros prieinamumą	Politiniai sprendimai sveikatos priežiūros srityje, programos, finansavimas	Geresnė pirminė sveikatos priežiūra, privatūs kabinetai, prieinamesnė reabilitacija, galimybė rinktis

Šaltinis: sudaryta autorės

Grįžtamasis ryšys šioje sąveikoje yra tai, kad atsiranda alternatyvos ne tik stacionariam gydymui, bet ir reabilitaciniam bei slaugai namuose, kuomet ligoniai gali gydytis namuose, neatitraukiami nuo jiems įprastos aplinkos.

Taigi, valstybės ir savivaldybių sąveikos, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, dėka, atsirado galimybės sparčiau vystytis privačiai medicinos praktikai. Privati medicina sudarė konkurenciją valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms, dėl ko ilgainiui pagerėjo visos sveikatos priežiūros prieinamumas bei paslaugų kokybė.

Valstybės ir savivaldybių sąveikos procesuose, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, daugiausia dėmesio skirta aukštos kokybės partnerystei formuoti, kurti projektų vizijas ir aptarti galimas projektų idėjas bei jas įgyvendinti (Raipa, 2004). Šios sąveikos bendrasis strateginis tikslas- didinti valstybės ir savivaldybių sanglaudą.

„*Šio tikslo bus siekiama per du prioritetus:*

1) tvarios ekonominės ir socialinės plėtros skatinimas. Šiuo prioritetu siekiama skatinti bendradarbiavimą per ryšių tarp žmonių, regionų organizacijų ir sektorių, sudaryti galimybes regiono stipriųjų pusių vystymui. Taip pat šis prioritetas rems nedideles vietines iniciatyvas ir skatins

bendradarbiavimą per nedidelių projektų, besiremiančių „žmonės–žmonėms“ veiksmais, įgyvendinimą.

2) bendrieji iššūkiai. Prioritetas apima aplinkos sąlygas, siekį spręsti problemas socialinėje ir sveikatos sferose.“ (Vidaus reikalų ministerija, 2012)

Galima daryti išvadą, kad nuo sveikatos priežiūros reformos pradžios iki šių dienų priimti visi būtiniausi teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos apsaugą. Lietuvos sveikatos politikos vystymas grindžiamas tiek nacionaliniais, tiek ir tarptautiniais dokumentais bei patirtimi. Mokslinis sveikatos politikos pagrindimas bei tarptautinis bendradarbiavimas, nežiūrint sudėtingo sveikatos reformos proceso bei nepakankamos valstybės ir savivaldybių sąveikos, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas, lėmė tai, jog besikeičiant valdžioms, išliko sveikatos politikos įgyvendinimo nuoseklumas ir tęstinumas.

3. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS STRUKTŪRA IR VEIKLOS KOORDINAVIMAS

Kiekvienos šalies sveikatos apsaugos sistema yra unikali, pasaulyje nėra visiškai tokių pačių sveikatos priežiūros sistemų. Sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje (ES) ir kitose Europos šalyse nuolat yra politinių institucijų ir politikų akiratyje, nes visuomenės ir jos narių sveikata – atspindi ne tik medicininės ir socialinės, bet ekonominės bei politinės sąveikos problemas.

3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklą koordinuojančių valstybės institucijų funkcijos

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija yra vykdomoji valdžios institucija, vykdanti įstatymų ir kitų teisės aktų nustatytas sveikatos apsaugos srities valstybės valdymo funkcijas ir įgyvendinanti valstybės politiką sveikatos apsaugos srityje (SAM funkcijos).

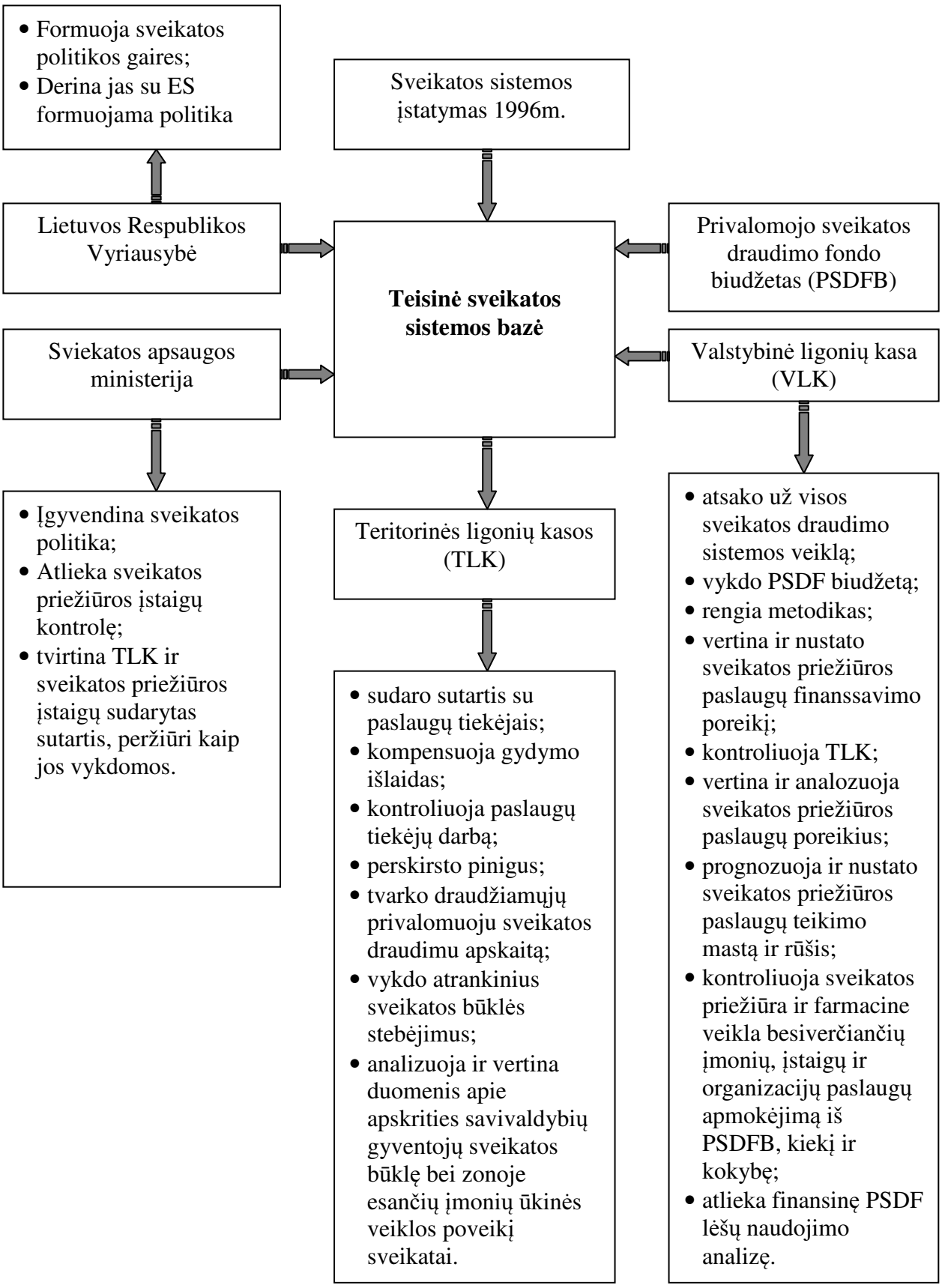
Lietuvoje sveikatos priežiūros sritį ir kitą su sveikatos sektoriaus veikla susijusią institucijų sąveiką reguliuoja apie 80 su sveikatos priežiūros paslaugomis ir su šios srities administravimu susijusių įstatymų, šimtais skaičiuojama Vyriausybės nutarimų bei Sveikatos apsaugos ministro įsakymų (Teisės aktai). Kasmet išleidžiama keli šimtai skelbiamų įsakymų, susijusių su valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas bei kitų susijusių žinybų dokumentų.

Sveikatos apsaugos ministerija valdo Valstybinę ligonių kasą, įstaigų ir medicinos specialistų licencijavimą, visą informacinę bazę, gali reguliuoti sveikatos priežiūros paslaugų rinkos subjektus, suteikti konkurencinius pranašumus vienai ar kitai įstaigai, taip skatindama jų tarpusavio sąveiką. Janušonis (2004) savo darbe teigia, kad sisteminis sveikatos apsaugos ministerijos požiūris į jai

pavaldžių institucijų sąveiką valdant išteklius yra būtinas, nes reguliuodama išteklių srautus ir veikdama rinkos subjektus t. y. sveikatos priežiūros įstaigas, per jas veikia ir tos rinkos segmento dalyvius, t. y. pacientus.

Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir šiose sutartyse nustatytu laiku bei tvarka apmoka joms už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu apskaitą. Organizuoja ir apmoka draudžiamųjų atrankinius sveikatos būklės stebėjimus. Analizuoja ir įvertina duomenis apie apskrities savivaldybių gyventojų sveikatos būklę ir gyventojų sudėtį pagal amžių bei lytį, teritorinėje ligonių kasos zonoje veikiančių įmonių, įstaigų, organizacijų komercinės ir ūkinės ar kitokios veiklos poveikį sveikatai (Lietuvos sveikatos informacijos centras). Kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę bei atlieka finansinę privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo analizę. Kontroliuoja Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir sąlygomis draudžiamiesiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tinkamumą (Vilniaus TLK)**.**

Sveikatos apsaugos sistema sutvarkyta taip, kad visos ambulatorijos, poliklinikos ir didžioji dalis ligoninių pavaldžios savivaldybių bei apskričių administracijoms. Sveikatos apsaugos ministerija yra steigėja tik stambiausių medicinos mokslų centrų Lietuvoje, tokių kaip Vilniaus universitetinė ligoninė Santariškių klinikos, Kauno medicinos universiteto klinikos ir kt. Privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos nėra pavaldžios valstybės įstaigoms, tačiau joms galioja tokios pat taisyklės ir reikalavimai.



3 pav. Valstybės institucijų funkcijos sveikatos priežiūros sistemos srityje.

Šaltinis: sudaryta autorės pagal teisės aktus

Šiame magistriniame darbe detaliau panagrinėta Vilniaus teritorinė ligonių kasa, kuri, atstovaudama valstybės sveikatos politiką: formuoja, planuoja ir finansuoja sveikatos priežiūros įstaigų, esančių Širvintų ir Lazdijų savivaldybėse, veiklą bei vykdo jų struktūrines reformas.

Teritorinės ligonių kasos darbuotojai kasdieniniame darbe vadovaujasi įstaigos kokybės vadybos politikoje nustatyta misija ir siekia įgyvendinti jos tikslus praktikoje. Teritorinės ligonių kasos veiklos zona – Vilniaus ir Alytaus apskritys. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2011 m. pradžioje Vilniaus TLK veiklos zonoje buvo 1 092 049 gyventojų, prisirašiusių prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (Sveikatos priežiūris įstaigų veikla). 2010 m. Vilniaus teritorinė ligonių kasa pasirašė sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir prevencinių programų vykdymo su 382 asmens sveikatos priežiūros įstaigomis: iš jų 116 - viešosios įstaigos ir 133 – privačios (2 lentelė.) (Sveikatos priežiūris įstaigų veikla).

2 lentelė. Viešųjų ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarytų sutarčių su teritorine ligonių kasa dinamika

Sutarčių tipai	**2008 m.**	**2009 m.**	**2010 m.**
Viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas	126	129	116
Privatūs paslaugų teikėjai, teikiantys asmens sveikatos priežiūros paslaugas	109	128	133
Medicininės reabilitacijos	57	65	72
Dantų protezavimo	25	40	61
Iš viso:	**317**	**362**	**382**
Vaistinės (be filialų)	121	101	89
Vaistinių filialai	266	281	294
Optikos su filialais	24	25	34
Iš viso:	**411**	**407**	**417**
Bendras skaičius	**728**	**769**	**799**

Šaltinis: Vilniaus teritorinė ligonių kasa

Planuojant ir vykdant struktūrinės sveikatos priežiūros sistemos reformos III restruktūrizacijos etapą, Vilniaus TLK vadovybė numatė sau 2012 metų strateginius tikslus ir veiklos užduotis.

„Strateginiai tikslai (liečiantys Vilniaus TLK veiklą):

1. *Finansinių Valstybės Atsiskaitymų Informacinės Sistemos (FVAIS) bandomosios eksploatacijos plano įgyvendinimo įstaigoje užtikrinimas.*
2. *Teisės aktų, reglamentuojančių apdraustųjų teises, tobulinimas.*
3. *Vilniaus TLK veiklos optimizavimas.*
4. *Ekonomiškai efektyvių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra teritorinės kasos zonoje.*

Veiklos uždaviniai (liečiantys Vilniaus TKL zonoje esančias sveikatos priežiūros įstaigas):

1. *Siekti stacionarinių paslaugų apimčių mažėjimo Vilniaus TLK veiklos zonos savivaldybėse.*
2. *Kontroliuoti TLK skirto PSDF biudžeto išlaidų dalies asmens sveikatos priežiūros įstaigoms planavimą pagal numatytus biudžeto straipsnius. Organizuoti sutarčių sudarymo procesą.*
3. *Užtikrinti 2012 metų arba 3 – jų ketvirčių suteiktų stacionarinių paslaugų analizės parengimą bei išvadų ir pasiūlymų dėl optimalesnių suteiktų stacionarinių paslaugų apimčių ir sutartinių sumų paskaičiavimo stacionarinėms paslaugoms apmokėti 2013 metų sutartyse pateikimą.“* (Strateginiai planai ir veiklos uždaviniai).

Konstruktyvi valstybės institucijų ir savivaldybių sąveika – tai sistemingos pastangos suderinti veiklos atlikimo standartus su numatytais tikslais, suprojektuoti informacijos grįžtamojo ryšio sistemą, palyginti tikrąjį veiklos atlikimo lygį su numatytais standartais, rasti nukrypimus nuo jų ir įvertinti šių nukrypimų svarbą bei imtis veiksmų, užtikrinančių, kad visi ištekliai būtų efektyviausiai panaudojami siekiant bendrų tikslų (Žukauskas ir kt., 2008). Akivaizdu, kad sąveika, pagal pobūdį, lygmenį ir kitus kriterijus, gali būti daugialypė ir gana sudėtinga. Svarbu užtikrinti, kad sąveika netaptų kliūtimi, trukdančia sėkmingai siekti iškeltų tikslų, reikalaujančia daug pastangų. Autorių kolektyvas (2008) teigia, kad svarbu sudaryti racionalų „sąveikos paketą“, kuris būtų priimtinas abiem pusėms tiek valstybės interesus atstovaujančioms institucijoms, tiek savivaldybėms, kurios yra rajonų sveikatos priežiūros įstaigų steigėjos. Pasak autorių, jį sudarant, reikėtų laikytis tam tikrų principų:

- ekonomiškumo – sąveikos sąnaudos turi būti mažesnės už jos teikiamą naudą;
- sąveika turi būti susieta su strategija;
- sąveikos suprantamumo ir paprastumo – tiek vadovai turi suprasti, sąveikos naudą ir galimybes, tiek darbuotojai – ko iš jų tikimasi;
- konkretumo – turi būti nustatomi konkretūs tarpinstitucinės sąveikos rodikliai;
- savalaikiškumo – informacija privalo būti suteikta laiku ir tiksli;
- kompleksiškumo – apimanti visas kryptis ir etapus, reikalingus galutiniam rezultatui pasiekti;
- dokumentavimo – t. y. ji turi būti įforminama atitinkamais dokumentais;
- atsakomybės didėjimo;
- lankstumo – keičiantis sąlygoms, turi keistis sąveikos sistema ir formos;

- tikslumo – reikalinga sąveikos kontrolė, kad būtų nustatytos egzistuojančios problemos, informacijos nukrypimai ir kt. (Žukauskas ir kt., 2008)

Valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, išplaukia iš visuomeninės ir valstybinės veiklos esmės, nes praktiškai neįmanoma užtikrinti šios sąveikos kryptingumo be sprendimų vykdymo kontrolės, klaidų, atsirandančių trūkumų ir nukrypimų išaiškinimo ir jų šalinimo, be abejo, ir tos sąveikos atitinkamo koregavimo (Raišienė, 2006). Reikia ne tik priimti optimalų sprendimą, tinkamai suorganizuoti sąveiką, bet ir kontroliuoti ją, laiku gauti informaciją reikalingoms korektūroms atlikti (Reich, 2002).

Dar vienas sėkmingos sąveikos pavyzdys yra Europos Sąjungos (ES) struktūrinių fondų parama mūsų šalies sveikatos apsaugai. Sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrai modernizuoti skiriamos ES struktūrinės paramos lėšos tapo stipriu impulsu spartinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimą, sveikatos priežiūros tinklo atnaujinimą bei teikiamų paslaugų struktūros optimizavimą. Valstybinė medicininio audito inspekcija nuolat kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vertina medicinos įstaigų pasirengimą teikti sveikatinimo paslaugas (Valstybinė medicininio audito inspekcija, Ataskaita).

3.2. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklą koordinuojančių savivaldybių funkcijos

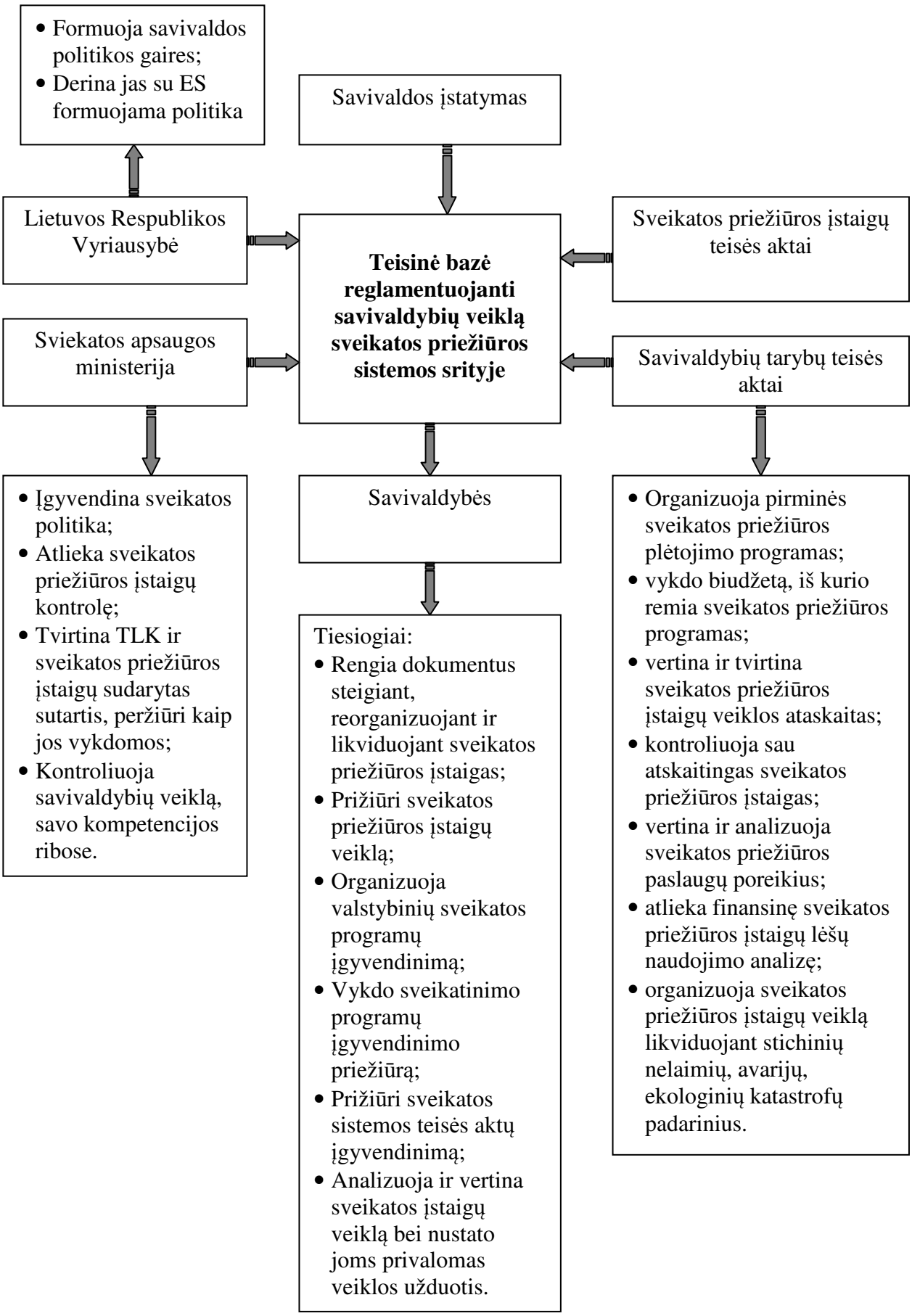
Savivaldybės yra rajonuose esančių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų steigėjos. Jos rengia dokumentus, kurių reikia savivaldybių gyventojų sveikatos būklės pokyčių analizei atlikti. Rengia dokumentus, kurių reikia steigiant, reorganizuojant ir likviduojant sveikatos priežiūros įstaigas. Organizuoja valstybinių privalomųjų sveikatos programų įgyvendinimą rajonuose, rajoninių visuomenės sveikatos ugdymo ir užkrečiamųjų ligų bei traumų profilaktikos programų rengimą ir jų įgyvendinimą. Vykdo strateginiame plane numatytų sveikatinimo veiklos programų įgyvendinimo priežiūrą. Remia savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimą rajonuose, bendradarbiauja su kitomis savivaldybėmis, formuojant ir organizuojant savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybas ir analizuoja jų veiklą. Prižiūri asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, organizuoja pacientų teisių įgyvendinimo priežiūrą šiose įstaigose. Koordinuoja investicinių projektų rengimą sveikatos priežiūros įstaigose, bei prižiūri, kaip atliekamos sveikatos priežiūros įstaigų statybos, kapitalinio remonto ir užsakovo funkcijos. Prižiūri sveikatinimo veiklos įstatymų, kitų teisės aktų, Lietuvos sveikatos programos ir valstybinių sveikatos programų įgyvendinimą rajonuose. Nagrinėja gyventojų skundus ir prašymus dėl sveikatos priežiūros arba perduoda juos pagal priklausomybę spręsti kitoms aukščiau stovinčioms institucijoms ar pareigūnams. Analizuoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir nustato įstaigoms privalomas veiklos užduotis. Nustato ir tvirtina biudžetinėms sveikatos priežiūros įstaigoms etatų, darbų, paslaugų, medikamentų, mitybos normatyvus bei organizuoja socialinių

ekonominių programų finansavimą, derina biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarką. Savivaldybės gydytojas nagrinėja gyventojų skundus dėl savivaldybei pavaldžių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos (Širvintų rajono savivaldybės administracija).

Savivaldybių administracijos organizuoja pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programas, kitų tikslinių ir kompleksinių sveikatos programų rengimą. Organizuoja Savivaldybės tarybos patvirtintų tikslinių ir kompleksinių savivaldybės sveikatos programų įgyvendinimą. Organizuoja pirminę sveikatinimo veiklą (pirminės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros ir farmacijos). Vykdo antrinę sveikatos priežiūrą. Organizuoja gyventojų sveikatos statistinius stebėjimus, analizuoja jos pokyčius. Rūpinasi savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigų funkcionavimu ir jų išlaikymu. Užtikrina pagal kompetenciją privalomąjį sveikatinimo veiklos lygį savivaldybės teritorijoje, organizuoja jo laikymosi kontrolę (Lazdijų rajono savivaldybės administracija).

Savivaldybės taip pat organizuoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklą likviduojant stichinių nelaimių, avarijų, ekologinių katastrofų padarinius. Organizuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų medicininį auditą. Kontroliuoja, ar asmens sveikatos priežiūros įstaigos nepažeidžia pacientų teisių. Nagrinėja gydytojų pareiškimus ir skundus pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros klausimais (Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas).

Savivaldybių socialinių reikalų ir sveikatos komitetas, įgyvendindamas jam pavestą uždavinį, analizuoja sveikatos priežiūros įstaigų problemas ir konsultuoja savivaldybės institucijas, įstaigas, organizacijas ir kitus fizinius ir juridinius asmenis sveikatos klausimais, teikia išvadas bei pasiūlymus. Kontroliuoja, ar asmens sveikatos priežiūra atitinka sveikatos politikos reikalavimus, ir prižiūri, kaip sveikatos priežiūros įstaigos laikosi reikalavimų. Teikia metodinę paramą ir konsultuoja sveikatos priežiūros įstaigų medicinos etikos komisijas ir kitas institucijas jų veiklos klausimais (Širvintų rajono savivaldybės).



4 pav. Savivaldybių funkcijos sveikatos priežiūros sistemos srityje.

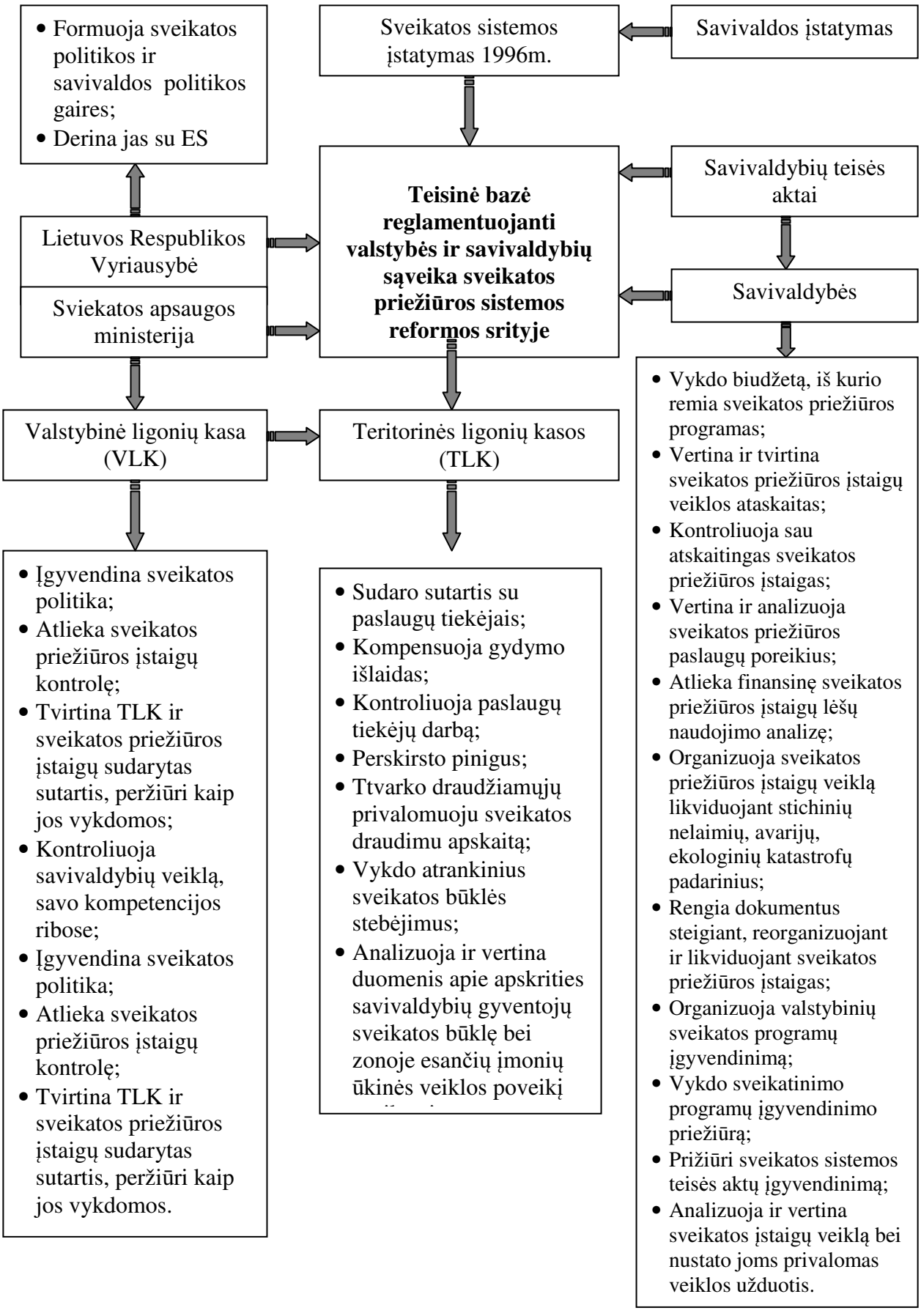
Šaltinis: sudaryta autorės pagal teisės aktus

Taigi, nagrinėjant sveikatos priežiūros sistemos reformos atvejį, valstybinės arba centrinės valdžios institucijos, įgalintos atlikti šias funkcijas:

1) įstatymų vykdymo kontrolę – kontroliuoja, kaip SAM įsakymai įgyvendinami;
2) vietinės valdžios institucijų finansavimą – remia ir finansuoja restruktūrizuojamų savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų projektus;
3) administracinių standartų įdiegimą paslaugų teikimo srityje – teikia metodinę ir kitą teisinę pagalbą;
4) visuomenės lūkesčių, kad centrinė valdžia gali išspręsti nacionalines problemas, įgyvendinimą – respublikos mastu atlieka sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų centralizavimą (greitosios medicinos pagalbos stočių dispečerinių sujungimas pagal apskritis).

Savivaldybių arba vietinė valdžia atlieka šias funkcijas:

1) atsako už įstatymų įgyvendinimą – pritaria „iš viršaus nuleidžiamai“ sveikatos priežiūros sistemos politikai arba ieško alternatyvių;
2) iš savo biudžeto remia sveikatos priežiūros įstaigas;
3) tiesiogiai atsako už savo pavaldžių įstaigų teikiamas paslaugas (Pumputis, Bukauskas, 2001).



5 pav. Valstybės ir savivaldybių sąveikos procesas.

Šaltinis: sudaryta autorės pagal teisės aktus

Apibendrinant, galima teigti, kad savivaldybės, kaip sveikatos priežiūros įstaigų steigėjai, labiau yra susijusios su vadovavimu nei su valdžia (Bukauskas, 2001). Autorius teigia, kad daugelyje atveju savivaldybės yra savarankiškos, nes turi teisę rinktis: ar gauti paramą iš valstybės (restruktūrizavimo fondo lėšas, skirtas sveikatos priežiūros įstaigų reorganizacijai), ar pačioms viskuo rūpintis pasitelkiant sąveiką su kitomis institucijomis (bandyti išlaikyti sau atskaitingas sveikatos priežiūros įstaigas iš savo biudžeto ar ieškoti kitų alternatyvų). Tuo tarpu valstybės institucijos yra „nurodomoji“ valdžia ir kontroliuoja, kaip jos teisės aktai įgyvendinami savivaldos lygmenyje.

Taigi, galime daryti išvadą, kad sąveikoje tarp valstybės ir savivaldybių sprendžiant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, valstybė atlieka įgalinančią funkciją, o savivaldybės atlieka geriausiu atveju tik vykdytojo, blogiausiu – stebėtojo funkcijas.

Apibendrinant teorinę dalį galima padaryti šias išvadas:

1. Lietuvos sveikatos politika orientuota į Europos Sąjungos sveikatos politiką ir per neilgą savo valstybės egzistavimo laikotarpį pasiekė didelių laimėjimų sveikatos politikos struktūrinėje srityje. Lietuvos sveikatos politikoje didžiausias dėmesys skiriamas pirminės sveikatos priežiūros problemų sprendimui, t.y. pirminiam sveikatos priežiūros lygiui, o šiam tikslui įgyvendinti valstybė pasitelkia sąveiką su savivaldybėmis.

2. Lietuvoje vykdoma sveikatos sistemos restruktūrizacija, siekiant Lietuvos sveikatos apsaugos politiką priartinti prie ES vykdomos sveikatos apsaugos politikos. Svarbiausias Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, įtraukiant į vykdomą reformą ir savivaldybes. Tačiau vykdant minėtą restruktūrizaciją, pastebimas atotrūkis ne tik nuo sveikatos politikos planų ir realaus gyventojų sveikatos bei socialinio lygio, bet ir nuo valstybės ir savivaldybių realios sąveikos vystant šį sudėtingą procesą.

3. Pastebima, kad sąveika tarp valstybės ir savivaldybių formuojama remiantis biurokratiniu principu „iš viršaus į apačią“, todėl sąveika tarp minėtų institucijų, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas yra neefektyvi, o savivaldybių vaidmuo reformos planavime daugiau formalus nei realus.

4. VALSTYBĖS IR SAVIVALDYBIŲ SĄVEIKOS, PLANUOJANT IR VYKDANT STRUKTŪRINES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMAS, TYRIMAS: LAZDIJŲ IR ŠIRVINTŲ RAJONŲ SAVIVALDYBIŲ ATVEJAI

Panagrinėjus valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas teoriškai, gilesniam valstybės ir savivaldybių sąveikos suvokimui ir vertinimui rajono savivaldybės lygmenyje pasirinktas interviu su tiksline grupe.

4.1. Tyrimo metodologija

Siekiant išstudijuoti sąveikos svarbą valstybės ir savivaldybių lygmeniu, jos užtikrinimo, pasirengimo bei finansavimo galimybes, planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros struktūrines reformas, taip pat tarpinstitucinės sąveikos ekspertinį vertinimą Lietuvoje, atliktas kokybinis ekspertų, dirbančių sveikatos priežiūros srityje, tyrimas. Remiantis Kardelio „Mokslinių tyrimų metodologija ir metodais“ (2005) bei Flick „An introduction on qualitative research“ (2006) knygomis, atliktas pusiau struktūruotas tiesioginis interviu, kurio metu apklausti 9 respondentai.

Kadangi sąveika tarp valstybės ir savivaldybių yra specifinė tema, kokybiniam tyrimui atlikti parinkti asmenys, dirbantys šioje srityje. Interviu metu gauta informacija siejama su straipsnių ir teisinių dokumentų medžiaga, išanalizuoti sveikatos priežiūros įstaigų programų rengimo ir finansavimo ypatumai bei padėtis šioje srityje.

Visi pasirinkti respondentai susiję su sveikatos priežiūros sistemos struktūrinių reformų tiesioginiu vykdymu ir gebantys diskutuoti institucijų sąveikos bei finansavimo klausimais. Pagrindiniai atrankos kriterijai: darbo patirtis sveikatos priežiūros sistemos srityje. Todėl tyrimui buvo pasirinkti ekspertai iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų (vadovai), savivaldybių socialinių reikalų ir sveikatos komitetų pirmininkai bei teritorinės ligonių kasos atstovai.

Siekiant giliau ištirti valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, sveikatos priežiūros įstaigų sąveikos galimybes su sveikatos priežiūros įstaigų veiklą koordinuojančiomis valstybės institucijomis, tyrimo objektu buvo pasirinktos Širvintų ir Lazdijų rajonų savivaldybės. Tiriamąją populiaciją sudarė asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai bei minėtų rajonų savivaldybių socialinių reikalų ir sveikatos komitetų pirmininkai. Buvo atrinktos abiejų rajonų asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios yra sudariusios sutartį su Vilniaus TLK ir, kurių vadovai sutiko duoti interviu. Ši tyrimo forma pasirinkta kaip priemonė įvertinti valstybės ir Širvintų bei Lazdijų rajono savivaldybių sąveikos lygį, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Šiame magistriniame darbe minėtos rajonų savivaldybės pasirinktos, remiantis šiomis prielaidomis:

a) abi savivaldybės priklauso tos pačios teritorinės ligonių kasos zonai;
b) panašus gyventojų skaičius abiejose savivaldybėse: Širvintų savivaldybėje – 18138, Lazdijų savivaldybėje - 22699;
c) vienodas savivaldybei atskaitingų gydymo įstaigų skaičius – po dvi;
d) tokia pati savivaldybės struktūra, valdančioji dauguma priklauso tai pačiai politinei partijai.

Apklausa labiausiai paplitusi tyrimuose taikoma duomenų rinkimo forma. Šiame magistriniame darbe pasirinkau „žodinį struktūrizuoto interviu metodą.“ (Kėdaitis, 2007). Tyrimo pagrindinė esmė – bendravimas – susistemintas informacijos iš respondentų rinkimas, juos apklausiant.

Žodinė apklausa arba interviu labiausiai paplitęs kokios nors problemos tyrimo būdas. Interviu – tai pokalbis tarp žmonių, santykinė komunikacija su išankstiniu ir aiškiu tikslu – klausiant gauti, surinkti informaciją. Interviu metodas pasirinktas, norint gauti naujausią informaciją apie valstybės ir savivaldybių sąveiką sveikatos priežiūros sistemos reformos srityje, sužinoti apie šią sritį, kai žmonės planuojantys ir vykdantys strategijas yra itin specifinės srities ir žinių specialistai. Visgi sveikatos priežiūros įstaigų vadovai mažiausiai susiduria su versle taikomais sąveikos tarp organizacijų metodais ir praktika. Interviu buvo planuotas susitikimas, kurio metu ir gauta reikalinga informacija. Apklausos tikslai šiame darbe yra pagrįsti iškelta hipoteze ir uždaviniais. Šiame darbe pasirinktas formalizuotas interviu pagal iš anksto sudarytus klausimus (žr. 2 priedas).

Tiriamasis interviu apibrėžiamas kaip tyrėjo inicijuotas dviejų asmenų pokalbis, kurio tikslas – gauti būtiną tyrimo uždaviniams informaciją, kai visa informacija gaunama žodžiu. Šio interviu pagalba bus stengiamasi sužinoti, ką mano ir ką žino respondentas apie valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, o gautą informaciją panaudoti hipotezės ir išsikelto tikslo pagrindimui.

Visi respondentai yra nagrinėjamos temos ekspertai, todėl pasirinktas kryptingas ir struktūrizuotas interviu tipas, nes bus kreipiamas ypatingas dėmesys į subjektyvius respondentų kaip tos srities ekspertų atsakymus, pagal iš anksto numatytus klausimus.

Kadangi respondentai laikomi apklausos objekto ekspertais, pasirinktas struktūrizuotas interviu su laisvai formuluojamais atsakymais, kur neribojamas turinys, siekiant išsiaiškinti kiek įmanoma daugiau galimų niuansų, kad būtų kiek įmanoma išsamiau atsakyti į nagrinėjamus klausimus, o rezultatas būtų aiškus ir konkretus.

Pasirinktas žodinis, kryptingas, formalizuotas, struktūrizuotas arba kitaip dar vadinamas tiriamasis interviu tipas (Faktų suradimas). Šis tipas yra priimtiniausias, nes nagrinėjamas objektas

yra valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas ir su ja susijusios problemos, o tai labai apsunkina apklausą, kuri yra orientuota į respondentus – ekspertus turinčius patirties sveikatos priežiūros įstaigų valdymo srityje.

Visi apklaustieji respondentai turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą, yra struktūrinių reformų įstaigoje vykdytojai, užimantys aukščiausias pareigas, visi turi didesnę nei trejų metų patirtį įstaigų valdyme ir dalyvauja įstaigų restruktūrizacijos valdyme, todėl yra tinkami šio magistrinio darbo tiriamo objekto specialistai.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti problemas, atsirandančias įgyvendinant valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas rajono sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti Širvintų rajono sveikatos priežiūros įstaigų reformos planus;
2. Išanalizuoti Lazdijų rajono sveikatos priežiūros įstaigų reformos planus;
3. Įvertinti šių planų privalumus ir trūkumus;
4. Dokumentų pagalba ir interviu metu išsiaiškinti, ar valstybės institucijos, savivaldybės bei joms atskaitingos sveikatos priežiūros įstaigos pakankamai sąveikauja ir siekia užsibrėžtų tikslų, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Tyrimo hipotezės:

1. Skiriamas nepakankamas dėmesys valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas;
2. Sveikatos priežiūros sistemos reforma įgalina efektyvesnę valstybės ir savivaldybių sąveiką bei sveikatos priežiūros įstaigų valdymą.

Vertinant valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, buvo atliktas empirinis tyrimas (taikytas struktūrizuoto interviu metodas), kurio metu buvo apklausti Širvintų rajono savivaldybės socialinių reikalų ir sveikatos komiteto pirmininkė, VšĮ Širvintų pirminės sveikatos priežiūros centro vyr. gydytoja, VšĮ Širvintų ligoninės vyr. gydytoja ir Širvintų sveikatos centro direktorė. Interviu metodas pasirinktas, nes tai efektyviausias kokybinio tyrimo metodas, įgalinantis išsiaiškinti kylančias problemas. Visiems respondentams pateikti vienodi klausimai ta pačia seka.

Į klausimus Širvintų rajono savivaldybės socialinių reikalų ir sveikatos komiteto pirmininkė atsakė elektroniniu paštu. Interviu imtas iš kitų vadovų – klausimai buvo pateikti ta pačia seka, tačiau atsižvelgiant į respondento atsakymus buvo pateikta papildomų klausimų. Interviu asmens sveikatos priežiūros įstaigų administracijos darbuotojų tyrimas atliktas 2011 m. gruodžio mėnesį.

Širvintų rajono savivaldybė yra VšĮ Širvintų ligoninės bei VšĮ Širvintų PSPC steigėja. Širvintų sveikatos centras yra privati įstaiga, kuri turi sudariusi sutartį su Vilniaus TLK.

Empiriniame tyrime naudotas standartizuoto interviu metodas, kuriuo remiantis buvo apklausti Lazdijų rajono savivaldybės socialinių reikalų ir sveikatos komiteto pirmininkas, VšĮ Lazdijų pirminės sveikatos priežiūros centro vyr. gydytoja, VšĮ Lazdijų ligoninės vyr. gydytojas ir Lazdijų sveikatos centro direktorė. Interviu metodas pasirinktas, nes tai efektyviausias kokybinio tyrimo metodas, įgalinantis išsiaiškinti kylančias problemas. Visiems respondentams pateikti vienodi klausimai ta pačia seka. Interviu imtas susitikimo metu. Interviu tyrimas Lazdijų savivaldybėje atliktas 2012 m. sausio mėnesį.

Magistriniame darbe abu pasirinkti rajonai priklauso Vilniaus teritorinės ligonių kasos zonai, todėl gilesnei tyrimo analizei imtas interviu iš Vilniaus teritorinės ligonių kasos direktoriaus pavaduotojos.

Siekiant užtikrinti apklaustųjų anonimiškumą, jiems suteikiami numeriai, kurie ir bus naudojami analizėje.

Visiems respondentams buvo pateikti iš anksto suformuluoti aštuoni klausimai:

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*
2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*
3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?*
4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*
5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*
6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*
8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Šiais klausimais buvo siekiama išsiaiškinti respondentų nuomonę ir požiūrį į sąveikos procesus tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros reformos atžvilgiu, planuojant bei vykdant struktūrines reformas. Kokybinio tyrimo metu buvo siekiama suprasti subjektyvų savivaldybių sveikatos komiteto, ligonių kasų bei tiriamų rajonų sveikatos priežiūros įstaigų vadovų potyrį, išanalizuoti skirtingas nuomones.

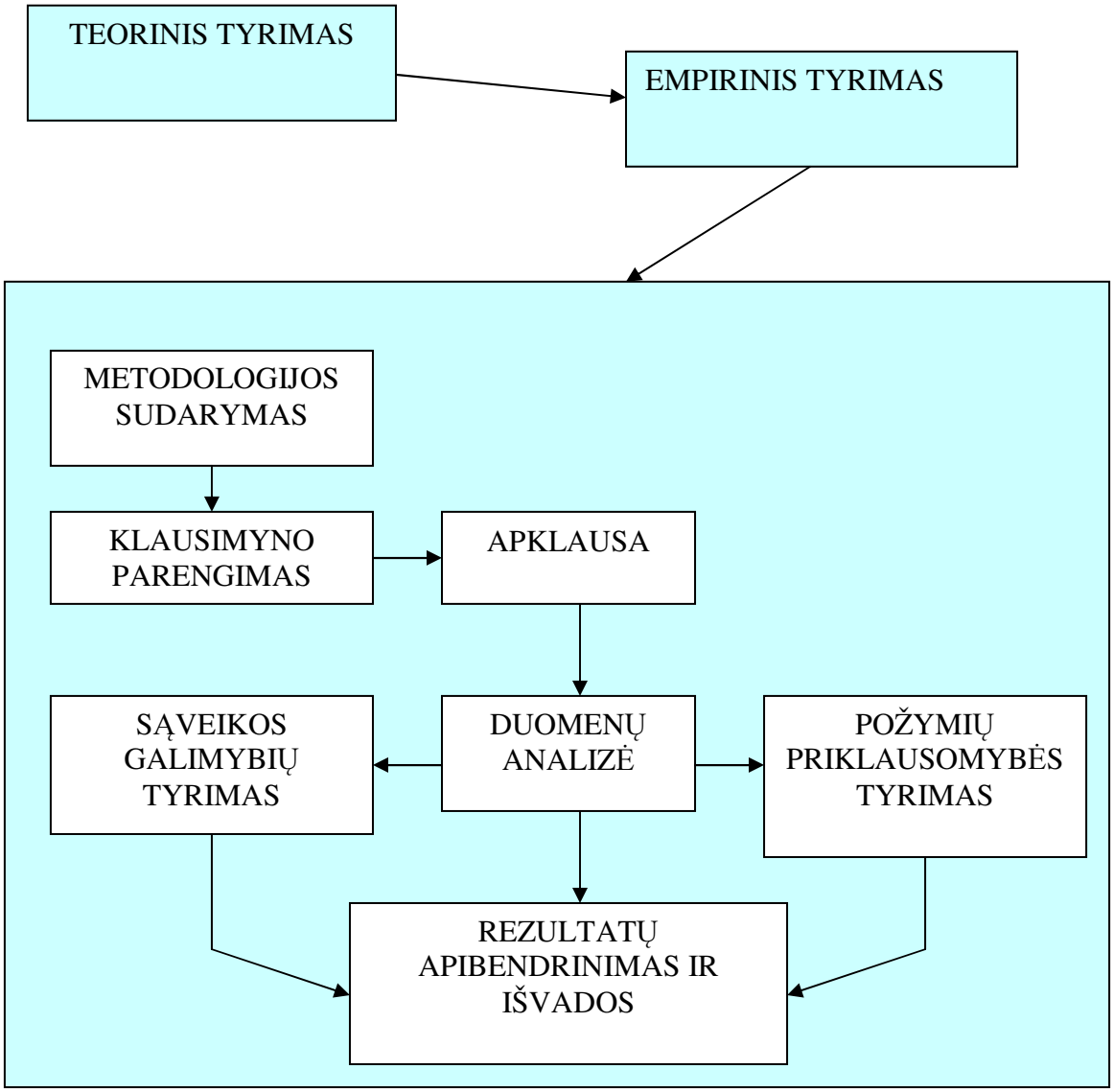
4.2. Tyrimo rezultatų analizė

Siekiant išsiaiškinti praktinius valstybės ir savivaldybių sąveikos aspektus Širvintų ir Lazdijų rajonų savivaldybėse, svarbu apžvelgti ne tik teisinį reglamentavimą, bet ir jau pasiektus rezultatus. Tam buvo pasirinktos 2008 - 2010 m. teikiamų paslaugų nomenklatūros (2, 3 priedai) ir 2010 m. veiklos ataskaitos (5, 6 priedai). Šiose ataskaitose išsamiai apibūdinama rajonų sveikatos priežiūros įstaigų veikla.

Didesniam supratimui apie sąveikos procesus sveikatos priežiūros struktūrinės reformos metu, be empirinio tyrimo metu gautos informacijos, naudinga išanalizuoti teritorinės ligonių kasos pateiktus duomenis apie restruktūrizuojamų sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų nomenklatūrą bei tiriamų rajonų ligoninių veiklos ataskaitas.

Deja, sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių, planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros struktūrines reformas, pavyzdžių ataskaitose mažai, todėl kitų įstaigų ataskaitos nenagrinėtos. Pastarosios daugiau siejamos su konkrečia politikos sritimi.

Magistrinio darbo 6 paveiksle pavaizduota atlikto darbo schema. Detaliau parodyta empirinio tyrimo eiga.



6 pav. Tyrimo planas

Šaltinis: sudaryta autorės

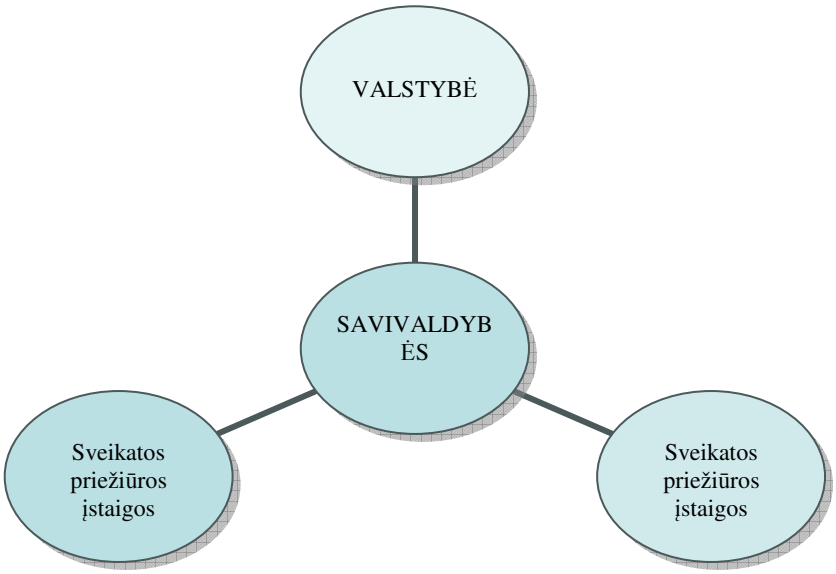
4.2.1. Sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių svarbos vertinimas ir perspektyva

Detaliau analizuojant respondentų atsakymus pastebima, kad bendradarbiavimas tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos sistemos reformas iš esmės yra naujas ir mažai ištirtas dalykas. Sąveikos svarbos įtvirtinimo analizė yra svarbi nagrinėjant finansavimo klausimus, kadangi pagal tai galima matyti, ar sritis yra prioritetinė ir ar jai skiriama pakankamai lėšų. Žinoma, jei sąveikos svarba nėra pakankamai įtvirtinta, tuomet ir finansų nebus skiriama užtektinai.

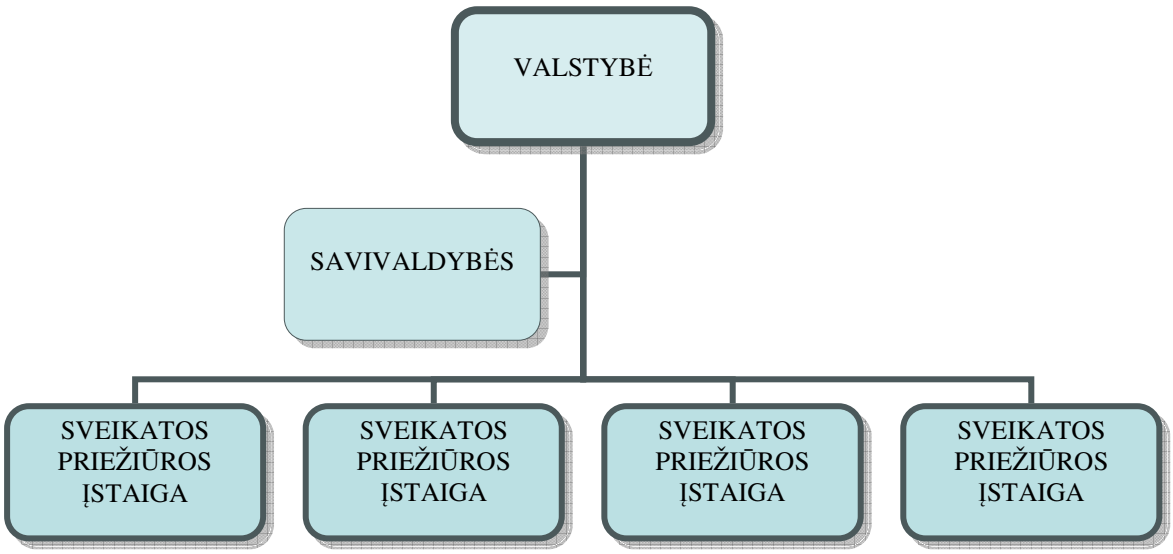
Respondentų nuomonė apie dabartinę valstybės ir savivaldybių sąveiką sveikatos priežiūros reformos srityje yra panaši. Tendencingai yra teigiama, jog dėmesio šiai sričiai vis dar stokojama. Ypač trūksta supratimo apie sąveikos svarbą savivaldybių lygmenyje. „*Pavadinčiau netgi ne*

bendradarbiavimu, o reformos „nuleidimu iš viršaus“ be galimybės pasipriešinti. <...> Bendradarbiavimas labiau vyksta tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir valstybės institucijų vykdant restruktūrizaciją, nei tarp savivaldybės ir valstybinių įstaigų. Savivaldybės, daugeliu atveju, sprendžiant sveikatos restruktūrizacijos klausimus, nusišalina nuo bet kokių veiksmų, viską palinkdamos ligoninių vadovams.“ (Respondentas Nr.1.).

Sąveika tarp institucijų sveikatos priežiūros sistemoje akivaizdesnė informacinių technologijų srityje nei planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros reformos struktūrinius pakeitimus. Respondentai įvardina suteiktą savivaldybių galimybę per jų svetaines susipažinti su aktualiausiomis sveikatos priežiūros naujienomis, tačiau jos labiau yra informacinio turinio arba paslaugų prieinamumo srityje, pvz. *„savivaldybė sudariusi sąlygas per savo elektroninius vartus prieiti prie sveikatos priežiūros registracijos pas gydytojus ir prie informacijos aktualiausias sveikatos priežiūros klausimais.“* (Respondentas Nr. 2.) Respondentų nuomonė parodo, kad savivaldybės atlieka sveikatos priežiūros sistemos reformoje informacijos perteikėjos vaidmenį, o ne realiai sąveikauja vykdant reformas. Tai yra, sprendžiant iš teisės aktų suteiktų įgaliojimų, savivaldybės turėtų atlikti tarpininkių vaidmenį tarp valstybės institucijų ir savo rajono sveikatos priežiūros įstaigų. Tačiau sprendžiant iš atliktos apklausos ir kelių respondentų pateiktų dokumentų, daugeliu atvejų savivaldybės neatlieka joms priskirtų funkcijų, o lieka pasyvaus stebėtojo vietoje. Akivaizdžiau galimą ir dabar esančią sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas pavaizduoja šis paveikslas:



7 pav. Sąveikos tarp valstybė ir savivaldybių schema.
Šaltinis: sudarytas autorės



8 pav. **Esama sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių schema.**

Šaltinis: sudaryta autorės

Iš pateiktų schemų, galima teigti, kad konstruktyvi ir gerą socialinį veiksmingumą sąlygojanti sąveika tarp valstybės ir savivaldybių turėtų būti vykdoma kaip pavaizduota 7 schemoje, t. y., valstybės vedama sveikatos sistemos politika turėtų būti generuojama savivaldybėse ir pateikiama vykdyti įstaigoms. Tačiau dabartiniu metu yra visai kitaip. Kaip matome iš 8 schemos: valstybė tiesiogiai kontaktuoja su sveikatos priežiūros įstaigomis reformos vykdymo klausimais, o savivaldybės daugeliu atveju lieka nuošalyje, prisiimdamos tik vadovavimo vaidmenį stichinių nelaimių rajone likvidavimo padariniams (Širvintų savivaldybė).

Tai patvirtina ir valstybės poziciją atstovaujantis respondentas: „*Savivaldybės <...> privalo dalyvauti ir prisiimti atsakomybę už jų teritorijoje vykdomas struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas. Deja, negalėčiau teigti, kad mūsų aptarnaujamoje zonoje esančių savivaldybių tarybos ar administracijos aktyviai dalyvautų reformoje. <...> pavieniai bandymai atskirose savivaldybėse yra.“* (Respondentas Nr. 5.). Kiti respondentai laikosi tos nuomonės, jog sąveika silpna todėl, kad daugelį su reforma susijusių klausimų tiesiogiai sprendžia ligonių kasos perskirstydamos finansavimą, „*o savivaldybės, kadangi nėra finansuojančios įstaigos, ypatingos reikšmės ar griežtos pozicijos šiuo klausimu neturi“*. (Respondentas Nr.7.).

Išnagrinėjus atsakymus, galima teigti, kad sąveika tarp valstybės funkcijas įgyvendinančių institucijų ir savivaldos sveikatos priežiūros reformos atžvilgiu yra naujas dalykas ir daugeliu atveju komplikuotas. Savivaldybės nenoriai prisiima atsakomybę dėl reformos pasekmių, daugeliu atveju „*visą atsakomybę už reformos pasekmes užkraudamos ant sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pečių*“.

Kitas ne mažiau svarbus argumentas dėl silpnos sąveikos tarp savivaldybių ir valstybės, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas, yra politinis aspektas. Kaip interviu metu pabrėžė Respondentas Nr. 5., *„Problema išlieka ta, kad, savivaldybei aktyviau dalyvaujant planuojant ir vykdant reformą, visuomenės pasipriešinimas yra didesnis, nei tada, kai reforma, liaudiškai tariant, yra „nuleidžiama iš viršaus“. Visuomenė visada įžiūri įtarimus arba galimus savivaldybės korupcijos atvejus. Dėl to savivaldybės linkusios nedalyvauti sprendžiant struktūrines sveikatos priežiūros reformas. Tai dvi to pačio medalio pusės: viena – savivaldybės yra steigėjos ir todėl privalo aktyviai dalyvauti reformoje, kita – dėl politinių priežasčių vengia priimti nepopuliarius sprendimus sveikatos reformos atžvilgiu ir taip prarasti rinkėjų pasitikėjimą“.*

4.2.2. Bendras sąveikos modelis

Visi respondentai vienareikšmiškai teigė, kad bendro sąveikos modelio sveikatos priežiūros reformos uždaviniams spręsti tarp valstybės ir savivaldybių nėra. *„Sveikatos priežiūros reformos uždavinių įgyvendinimas konkrečiose savivaldybėse priklauso nuo teisinės bei finansinės tos savivaldybės bazės. <...> Be abejo, didžiausią įtaką turi <...> biudžetinė bazė, žmogiškieji ištekliai, techninė įranga, strategija, kokią viziją mato jų vadovai.“* (Respondentas Nr.7.). Respondentai įvardijo kelis momentus, dėl kurių sąveikos svarba įgauna pagreitį ir sėkmingai realizuojama tarp institucijų. Tai:

a) stipri savivaldybės teisinė ir finansinė bazė;
b) užtikrintas politinių sprendimų tęstinumas savivaldybėje keičiantis valdančiai daugumai;
c) gera savivaldybei atskaitingų sveikatos priežiūros įstaigų finansinė bazė;
d) tinkama įranga, stiprūs žmogiškieji resursai;
e) asmenybių (vadovų) įtaka. „Tai veiklus žmogus, reiklus vadovas sau ir kitiems, geras savo srities žinovas, puikus strategas“ (Respondentas Nr.7.).

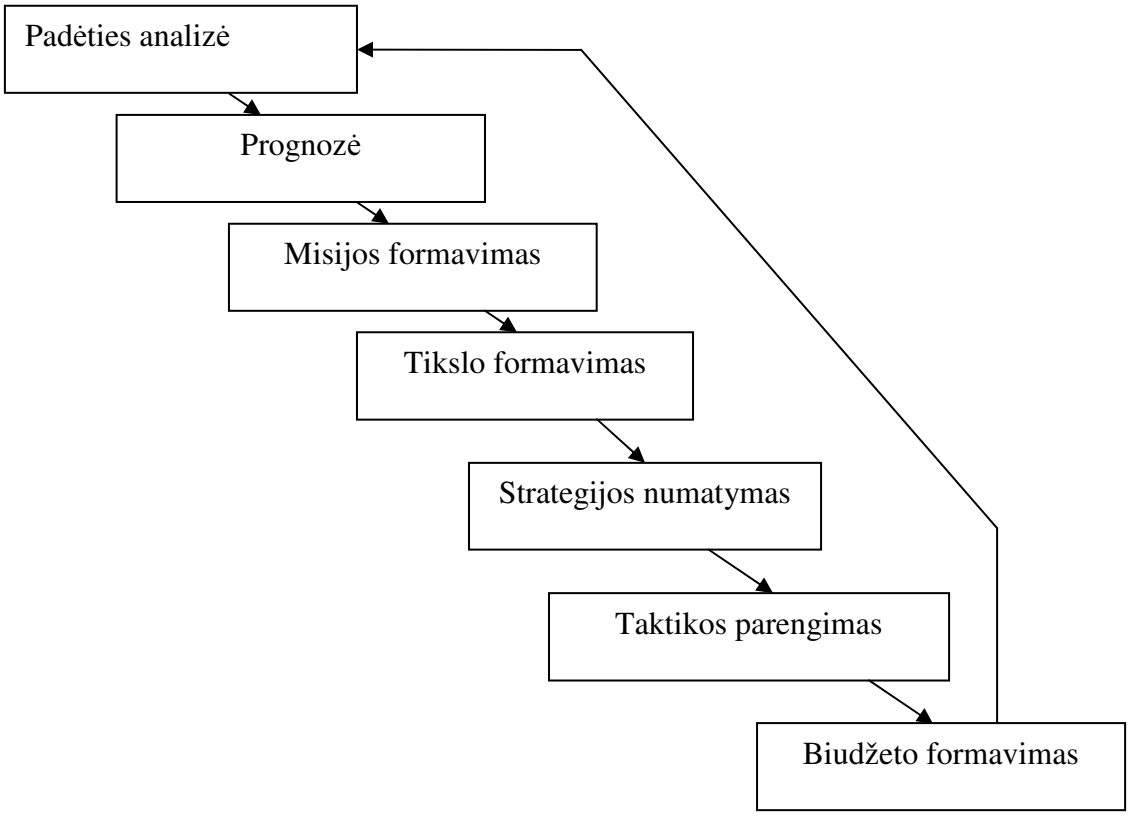
Galima įžvelgti, kad sąveika tarp valstybės ir savivaldybių bei sąveikos modelis įtvirtintas ministerijos lygiu tiek, kiek yra pakeisti įstatymai ir kiti poįstatyminiai teisės aktai, tačiau jie yra „nuleidžiami“ iš viršaus. Todėl daugelis respondentų linkę visą atsakomybę už sąveikos nebuvimą tarp valstybės ir savivaldybių, vykdant reformas sveikatos priežiūros srityje, priskirti šalies vykdomai sveikatos sistemos politikai bei finansavimo trūkumui, tuo tarpu savo asmeninį indėlį labai sumenkina ir nuvertina. Tai rodo tipišką M. Vėberio biurokratinio valdymo modelį: iš viršaus į apačią (Brain, 2008).

Respondentai pažymėjo, kad miestuose bendradarbiavimo sąvoka skirtingai suvokiama nei rajonuose, nes mietuose daugiau privataus verslo. Sąveika labiau įtvirtinta tarp privačių sveikatos

priežiūros įstaigų ir valstybės. Šiuo atveju valstybė atlieka tik paramos vaidmenį ir kardinalių sprendimų nepriima, todėl daugiau veikia rinkodaros dėsniai, o juose bendradarbiavimas, sveika konkurencija, palaikymas, keitimasis informacija įsivyravo jau labai seniai ir turi geras tradicijas. Tai patvirtina Gray B. (1989) suformuluotas bendradarbiavimo teorijos nuostatas (žr. 16 psl.).

Apibendrinus atsakymus galima teigti, kad sąveika neįtvirtinta, o jos modelis neužtikrintas. Sąveika deklaruojama tik valstybiniu mastu. *„Neužtenka turėti vien teisės aktus, kad sąveika funkcionuotų, reikia turėti labai konkrečius įgyvendinimo planus, kad visiems šio proceso dalyviams būtų aiškiai apibrėžtos funkcijos, atsakomybė, būtų aišku, kas ką konkrečioje situacijoje turi daryti“*. (Respondentas Nr.5). Pagal teisės aktų suteiktus įgaliojimus, savivaldybės privalo aktyviai dalyvauti priimant sprendimus sveikatos priežiūros sistemos reformos atžvilgiu. Tačiau daugelio savivaldybių veikla apsiriboja darbo organizavimu savo rajone, nei restruktūrizacijos problemų sprendimu (žr. 4 pav.). Tą patvirtina ir respondentų atsakymai „*Visgi savivaldybė negali sau leisti finansuoti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas. Šią funkciją atlieka vyriausybė per ligonių kasas. Savivaldybių biudžete nėra numatoma lėšų struktūrinėms sveikatos priežiūros reformoms. Reformos numato ir vykdo vyriausybė, savivaldybės tik tvirtina struktūrą.“*(Respondentas Nr. 5.)

Bendradarbiavimas daugiau ar mažiau priklauso nuo konkrečios savivaldybės pasirengimo spręsti sveikatos priežiūros įstaigų klausimus, jų struktūros pakeitimus ir kt. Respondentas Nr. 9 teigia, kad „*Dar nesukurta veiksminga sveikatos politikos sistema, ypač apskrityse ir savivaldybėse, nepakankama asmens sveikatos priežiūros paslaugų integracija pirminiuose sveikatos priežiūros lygiuose“*. Jis sieja sąveikos procesą su strategija, su biudžetine baze, žmogiškaisiais ištekliais, technine įranga, vizija. Jeigu rajono gyventojų sveikatos būklės pokyčiai nepakankamai išnagrinėti ir įtraukti rajono socialinius ir ekonominius planus, išlieka nepakankamas dėmesys sveikatos priežiūrai ir finansavimui rajonuose. Remiantis šio respondento atsakymais, sąveika tarp valstybės ir savivaldybių galima pavaizduoti sekančiai:



9 pav. **Sprendimų priėmimas paremtas sąveikos principu**

Šaltinis: sudaryta autorės pagal Seilių A.

Iš paveikslo matome, kad savivaldybės vadovai ir sveikatos priežiūros įstaigų vadovai apgalvoja savo tikslus bei veiksmus, iš anksto remdamiesi kokia nors taisykle, planu ar logika, o ne veikia spontaniškai. Todėl jų bendradarbiavimas su valstybės institucijomis veiksmingas. Šioje situacijoje grįžtamasis ryšys yra tolesni sveikatos priežiūros įstaigų galimybės įvertinimas ir teikiamų paslaugų pasikeitimai.

Tačiau ne visos savivaldybės nepakankamai vykdo teisės aktuose numatytus įgaliojimus sveikatos priežiūros srityje, daugeliu atveju veikia spontaniškai, neplanuoja sau atskaitingų įstaigų veiklos.

4.2.3. Sveikatos priežiūros sistemos struktūrinių reformų įgyvendinimas, remiantis sąveikos procesais

Kaip minėta aukščiau, sveikatos priežiūros sistemos politika valstybės mastu yra pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas ir priartinimas kuo arčiau pacientų, antrinio lygio paslaugų koordinavimas ir nukreipimas į regionines, t. y. stipresnes, turinčias geresnes bazes, įstaigas, tretinio lygio paslaugų centralizavimas į respublikines ligonines, kurios tarp savęs pasiskirsčiusios sudėtingiausias paslaugas, kaip, pvz. Kauno klinikos specializuojasi – nudegimų bei

traumų srityje, Respublikinė universitetinė ligoninė – neurochirurgijos, plastinės chirurgijos srityje, Santariškių klinikos – pilvo chirurgijos, transplantacijos bei širdies ir kraujagyslių gydymo srityje.

Vykdant sveikatos priežiūros reformą, gerėja pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir tretinio lygio paslaugos. „*Pagrindiniuose Lietuvoje galiojančiuose teisės aktuose atsižvelgta į Europos Sąjungos prioritetus, kurie numato plėsti ambulatorines paslaugas bei centralizuoti į didžiąsias klinikas daugelį stacionarinių paslaugų, rajonuose paliekant tik ambulatorinę pagalbą bei palaikomojo gydymo ir slaugos ligonines*.“ (Respondentas Nr. 1.) Sveikatos priežiūros reformos uždaviniai vykdomi: „*plečiama pirminė ambulatorinė pagalba, visuomenė supažindinama su ligų prevencija, vykdomos įvairios prevencinės programos. <...> Manau vykdoma reforma yra teisinga, tik mūsų žmonės yra dar ne visai sąmoningi tai suprasti*“ . (Respondentas Nr. 3.)

Įgyvendinus trečiąjį restruktūrizacijos etapą, sveikatos priežiūros įstaigos pasiskirsto į respublikines, regionines ir rajonines ligonines, kai rajoninėse ligoninėse praktiškai turi likti tik slauga. Visi vieno rajono kalbinti respondentai teigė, kad *„Reformai trūksta lėšų, skaidrumo, visuomenės informavimo. Didžiausias dėmesys pirminei grandžiai, o antrinė – mažinama, uždaroma. Tačiau tai veiksminga didmiestyje, kaimo vietovėje tai sunkiai įgyvendinama. <...> Manau reforma yra kiek ankstoka, ne pagal mūsų pragyvenimo lygį, o ypatingai krizės metu. Viskam trūkstant lėšų, sveikatos apsauga turėtų būti prieinama kaimo gyventojams. Vyriausybė turėtų lėtinti sveikatos reformos tempą bent jau iki ekonominio sunkmečio pabaigos.“*

Kito rajono kalbinti respondentai išsakė visiškai skirtingą nuomonę. Jie akcentavo į reformos reikšmę gerinant sveikatos priežiūrą, į visuomenės informavimą „<..> *pripažinkime, kad mus dar veikia sovietinis palikimas, kad ligoninė turėtų būti vos ne kiekvienam miestelyje. Mums sunku priprast, kad paslaugos centralizuojamos į didelius struktūrinius vienetus, o regionuose paliekama pirminė grandis*“ (Respondentas Nr. 9), į atsakomybę už prisiimtus sprendimus „<...> *Mus išrinko rinkėjai, mumis pasitikėjo, todėl mums yra svarbu kokias paslaugas teiks mūsų sveikatos priežiūros įstaigos rajono gyventojams. <...> daugeliu atveju, mes kaip ligoninių dalininkai (savininkai, steigėjai) turime prisiimti atsakomybę už reformos įgyvendinimą. Turime puikius vadovus, kurie nesėdi rankų sudėję ir neverkšlena, o ieško būdų išgyventi. Mūsų politinė pareiga juos paremti.“* (Respondentas Nr.9).

Trečiai grupei atstovaujantys respondentai, teigia, kad teisės aktų parengta pakankamai ir jie užtikrina sveikatos priežiūros reformos tęstinumą. Problema yra žmogiškųjų resursų pasirengime sąveikauti tarpusavyje sprendžiant sveikatos priežiūros sistemos uždavinius. Pirma reikia tinkamai paruošti žmones, kurie suvoks reformos esmę, antra: *„<...> nėra politinio įsipareigojimo ką nors daryti. <...> Pritrūksta politinės valios iš savivaldybių pusės patikėti, kad siekiant strateginio sveikatos reformos tikslo, reikia ilgalaikės investicijos, ilgalaikių sprendimų tęstinumo.* (Respondentas Nr. 5.). Trečia problema yra savivaldybių bei sveikatos priežiūros įstaigų vadovų

išsilavinimas. Respondentas teigia, kad „*tiek savivaldybėse, tiek sveikatos priežiūros įstaigose vadovai daugelyje atveju nėra vadybininkai ar administratoriai*“ todėl neturi pakankamai administravimo ar vadybos žinių.

4.2.4. Savivaldybių ir valstybės dėmesys sveikatos priežiūros sistemos reformai

Į klausimą „*Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*, visų respondentų nuomonės vėl pasidalino į dvi dalis. Viena dalis teigia, kad ir valstybė ir savivaldybės skiria pakankamą dėmesį, kita dalis, kad dėmesio ir lėšų trūksta. Lyginant respondentų atsakymus, pasitvirtina ankščiau darbe išsakyta nuomonė, kad didžiausias dėmesys iš valstybės ir savivaldybių tenka pirminei ambulatorinei sveikatos priežiūrai, t.y. prioritetinei sričiai, nes ji yra pakankamai finansuojama iš PSDF biudžeto, gauna lėšas iš struktūrinių ES fondų, dalyvauja įvairiose prevencinėse programose, kurių finansavimą remia ir valstybė, ir privatus sektorius. Šioje srityje išlieka tiek žmogiškųjų išteklių problema tai, kad į rajonus jauni specialistai nenori važiuoti dirbti, nes tikina, kad rajonuose neperspektyvu. Šiuo atžvilgiu visi tiriamieji mato problemą vienodai ir įvardija labai konkrečius galimus savivaldybės sprendimus. Visi respondentai sutinka, kad nuo savivaldybės sprendimų priklauso, kaip greitai į rajonus pavyks pritraukti jaunus specialistus. Tiesiogiai nuo savivaldybės sprendimų priklauso jaunų sveikatos specialistų aprūpinimas gyvenamuoju būstu, bet ne tai svarbiausia problema.

Daugiausia diskusijų sukėlė antrinės stacionarinės paslaugos rajonų ligoninėse. Savo darbe ne atsitiktinai pasirinkau du mažiausius vienos teritorinės kasos aptarnaujamos zonos rajonus. Šis palyginimas geriausiai atskleidžia valstybės ir savivaldybių sąveikos skirtumus, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, nes valstybės poziciją reformos srityje įgyvendina ta pati įstaiga, abiejų rajonų savivaldybės valdantieji priklauso tai pačiai politinei partijai, labai nežymus gyventojų skaičiaus skirtumas rajonuose, nėra pramonės ir mažai išvystytas smulkus verslas. Taigi socialinės, ekonominės, finansinės rajonų sąlygos vienodos. Tačiau apklausa parodė, kad požiūris į bendradarbiavimą tarp įstaigų sveikatos priežiūros srityje skiriasi kardinaliai. Vieni respondentai mano, kad valstybė skiria pakankamai dėmesio reformai, tačiau finansavimas yra gerokai per mažas, o savivaldybių vaidmuo apskritai „butaforinis“. Respondentas Nr. 1. sako, kad reforma yra tik „*ministerijos neūkiškumas, lėšų švaistymas, <...> patekome į tą 10 ligoninių, kuriose turėtų likti tik sauga. Buvome priversti uždaryti chirurgijos skyrių bei operacinę, nors 2008 – 2009 m. atlikome remontą, už savivaldybės lėšas nupirkome geriausią tam metui operacinės įrangą. Šis projektas kainavo maždaug 2 milijonus litų. Suremontuota ir įrengta operacinė veikė lygiai 9 mėnesius ir 2010 m. balandžio mėnesį viską uždarėme. <...> Jeigu žinojo, kad mus uždarys, tai kam*

pasirašė projektą, kam skyrė dalį lėšų remontui ir įrangos įsigijimui, kuri dabar stovi ir morališkai sensta.“ Kaltina savivaldybes dėl neveiklumo, kompetencijos stokos, perdėtų kaltinimų įstaigos vadovui dėl neveiklumo: „*nesugebėjai, neišreikalavai, per vėlai kreipeisi.... O juk būtent savivaldybė yra įstaigos steigėjas, <...>jokių struktūrinių pakeitimų negalim padaryti savivaldybei nepritarus. Būtent savivaldybė turėtų prisiimti didžiausią atsakomybę vykdant reformą“*.

Respondentas Nr. 4. sako, kad reforma vykdoma nepasitarus su kitomis institucijomis ir savivaldybėmis, kad į lėšas „*reikia žiūrėti plačiau: ne tik į sutaupytas uždarius sveikatos priežiūros įstaigas, bet ir į lėšas pervežimams, darbuotojų perkvalifikavimui, pagaliau atsižvelgti į socialines rajono problemas“,* prieš priimant sprendimus dėl struktūrinių sveikatos priežiūros įstaigų reformų, vyriausybė turėjo įsigilinti į socialines rajono problemas, kad nebūtų diskriminuojami gyventojai.

Kontrargumentą aukščiau išsakytai nuomonei pateikia Respondentas Nr. 5.: *„Ekonomikos sunkmečio metu, pirmiausiai akcentuojami socialiniai klausimai. Paklausykite ką pasakėte: sveikatos priežiūros reforma. Tai kodėl ją iš karto reikia apipinti socialinio pobūdžio problemomis ir postringauti, kad reforma nenaudinga, diskriminuoja rajono gyventojus ir t. t.?“* Kalbintas respondentas pripažįsta, kad gyventojus veikiantys socialiniai veiksniai labai susiję su jų sveikata, tačiau tai nėra tas pats. Šalies veikla ir valdymas suskirstytas į penkiolika lygiaverčių sričių pagal ministerijas, kurių veikla derinama tarpusavyje aukščiausiu lygiu, tačiau kiekviena atlieka tik jai tiesiogiai priskirtas funkcijas.

Dar kiti respondentai linkę objektyviai įvertinti savo padėtį, galimybes ir iš to siekti išgauti maksimalią naudą. Jie įvertina savo geografinę padėtį, „*esame nutolę nuo didžiųjų centrų, esame pasienio zonoje, rajone turime muitinę. Tai mums suteikia prioritetą išgyventi ir išlaikyti įvairių paslaugų asortimentą.*“ (Respondentas Nr. 6.), norą išlaikyti kuo didesnį teikiamų sveikatos paslaugų spektrą, norą išlikti konkurencingiems su kitom rajono įstaigom ir tarp rajonų, ieško galimybės pritraukti investicijas ir lėšas iš tarptautinių projektų, aktyviai bendradarbiauja su savivaldybės vadovais. Kaip teigia Respondentai Nr.6, 7, 8 –„*į rajono valdžią ateina žmonės, kurie supranta mūsų regiono specifiką, palaiko idėjas <...> atstovauja mus tarptautiniame lygyje, koordinuoja programas, aktyviai remia ir padeda ieškoti lėšų. Galime tik pasidžiaugti, kad bendradarbiavimas vyksta įvairiom kryptim ir visais lygiais, <..> „esame komanda“*.

4.2.5. Finansavimo problemos

Centralizuotas finansavimas iš PSDFB yra viena iš svarbiausių problemų, dėl kurių sąveika tarp valstybės ir savivaldybių, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas nevyksta arba vyksta labai nežymiai. Šiuo metu, kai pagrindinis lėšų turėtojas yra valstybė, tai jos rankose ir galia spręsti reformos uždavinius. Dalis respondentų teigia, kad „*finansuojama iš*

privalomojo sveikatos draudimo fondo. Savivaldybė <...> skiria labai nedaug ir tos lėšos yra tikslinės – šilumos kainai padengti.“, taip parodydami, kad finansavimas yra akivaizdžiai per mažas, net, jeigu gauna papildomų lėšų iš prevencinių programų.

Respondentas Nr. 6. įvardija ne tik problemą, kad centralizuotas finansavimas pagrinde yra iš vieno šaltinio, bet ir to pačio šaltinio surinkimo vidaus problemą, kaip esminę. „*PSDF perskirsto mokesčius taip, kad pacientas nesijaučia skolingas valstybei už savo gydymą, nes bendram katile jo įnešta dalis prapuola. Todėl žmonės ima norėti gydytis moderniausiais metodais, o tai nuolat didina išlaidas įstaigose. Visu pirma, atsiranda nuolatinis spaudimas didinti lėšas, skirtas brangesnėms paslaugoms pirkti iš ligonių kasų, kad įstaiga būtų patraukli pacientams. Antra, pacientas įgyja teisę į sveikatos paslaugas nepriklausomai nuo savo įnašo į PSDF ir teisę reikalauti iš gydytojo moderniausių gydymo būdų.. Tai reiškia, jog išnyksta arba smarkiai sumažėja paciento ir gydytojo tarpusavio susitarimo, taigi ir abipusės atsakomybės, reikšmė. Dėl to, jog paklausa finansavimui auga nekontroliuojamai, kyla sveikatos apsaugos biudžeto problema. Dėl to, jog nuvertėja gydytojo ir paciento susitarimas, kyla gydymo kokybės ir šalių atsakomybės problemos.“* Vadinasi, yra ir lėšų paskirstymo problema.

Respondento išsakytos mintys reiškia, kad turi greitu laiku atsirasti draudiminė medicina, kuri bus lygiavertė PSDF, tačiau leis savivaldybės sveikatos įstaigoms gauti finansavimą iš alternatyvių šaltinių. Visi respondentai yra tos nuomonės, kad reikia politinės valios tam, kad pakeisti privalomojo sveikatos draudimo fondo įstatymą, kad centralizuotą finansavimą papildytų privačios draudiminės lėšos. Tai būtų žingsnis kitokios, labiau susiklausiusios sąveikos link. Sveikatos priežiūros įstaigos tarpusavyje aktyviai bendradarbiauja, keičiasi informacija, dalyvauja bendruose renginiuose. Tarp savivaldybių sveikatos priežiūros atžvilgiu tokio bendradarbiavimo nėra, savivaldybės tik kai kuriais klausimais atstovauja savo įstaigas. Nemenkas vaidmuo turi atitekti savivaldybių gydytojams, jie turi suvokti, kad sąveika planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas yra labai svarbus dalykas ir atstovauti savivaldybės pozicijas minėtais klausimais.

Visi apklausti respondentai yra bendros nuomonės, kad finansavimas yra centralizuotas, o valdymas ir atsiskaitomybė - decentralizuota. Iš pateiktų atsakymų galiu padaryti prielaidą, kad centralizuotas finansavimas pagrinde tik iš vieno šaltinio, o valdymas ir atsiskaitomybė keliems valdymo ir priežiūros organams, iš esmės diskredituoja savivaldybių, kaip sveikatos įstaigų steigėjų, funkcijas. O tai turi lemiamą reikšmę valstybės ir savivaldybių sąveikos procesui, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos sistemos reformas.

4.2.6. Programų ir projektų vaidmuo, vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformas

Lietuvai įstojus į ES, reikėjo parengti dokumentus, kad būtų suderinti ekonominiai, socialiniai, švietimo, energetikos ir dar daug kitų sričių klausimai su ES reikalavimais. Šie reikalavimai neaplenkė ir sveikatos priežiūros sistemos. Remiantis ES reikalavimais, prasidėjo sveikatos priežiūros reforma. ES teikia paramą, todėl reikia ją įsisavinti, o tai atliekama per įvairių programų bei projektų įgyvendinimą. Pagal ES vedamą politiką ir mūsų šalyje sveikatos apsaugos sistema turi būti trijų lygių su tam tikrais nacionaliniais ypatumais. Šiuo klausimu savivaldybės turi nišą kaip išnaudoti teikiamą paramą ir tik nuo savivaldos atstovų ir savivaldybėje esančių sveikatos priežiūros įstaigų vadovų priklauso, kiek jie pasinaudos suteikta galimybe.

Programų ir projektų vykdoma daug, visi apklausti respondentai tai patvirtina. Vykdant projektus rezultatai akivaizdūs: gerėja infrastruktūra, paslaugų kokybė, prieinamumas, materialinė, žmogiškųjų išteklių bazė. Problema išlieka programų koordinavime, jų tęstinumo kontrolėje. Kaip minėjo Respondentas Nr.5., *„užtektų tų programų, svarbiausia, kad jos būtų koordinuojamos, kad nesikartotų situacijos, panašios kaip <...> išleista per 2 mln. litų, o aktyviai viskas veikė vos 9 mėn. <...> Valstybė, planuodama reformą, turėtų konkrečiau nurodyti uždavinius ir labiau kontroliuoti lėšų skirstymą. Ministerija turi sukaupti visą informaciją apie vykdomas programas ir projektus, analizuoti, pateikti ryšį tarp programų, kontroliuoti. Sprendžiant iš mūsų ligoninės atvejo rezultatai ne visada yra teigiami“*.

3 lentelė. Širvintų ir Lazdijų rajonų vykdomų projektų sąrašas

Širvintų rajonas	**Lazdijų rajonas**
Projektai	
Rytų Lietuvos kardiologijos projektas	Priėmimo skubios pagalbos skyriaus infrastruktūros gerinimas
E. sveikatos paslaugų plėtra Vilniaus regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose	Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriaus įrangos atnaujinimas
Antrinio lygio ambulatorinių, priėmimo skubios pagalbos skyriaus infrastruktūros atnaujinimo ir palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus plėtra Vš Į Širvintų ligoninėje	Modernių krūties vėžio žinomumo, prevencijos, ankstyvosios diagnostikos ir valdymo priemonių plėtra Latvijos, Lietuvos ir Baltarusijos pasienio regionuose
	Greitosios pagalbos tobulinimas panaudojant pasienio zonos medicinos įstaigų bendradarbiavimą
	Medicinos infrastruktūros gerinimas Rusijos - Lenkijos – Lietuvos pasienyje
	Stacionarių bei palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės gerinimas VšĮ Lazdijų ligoninėje
	Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo

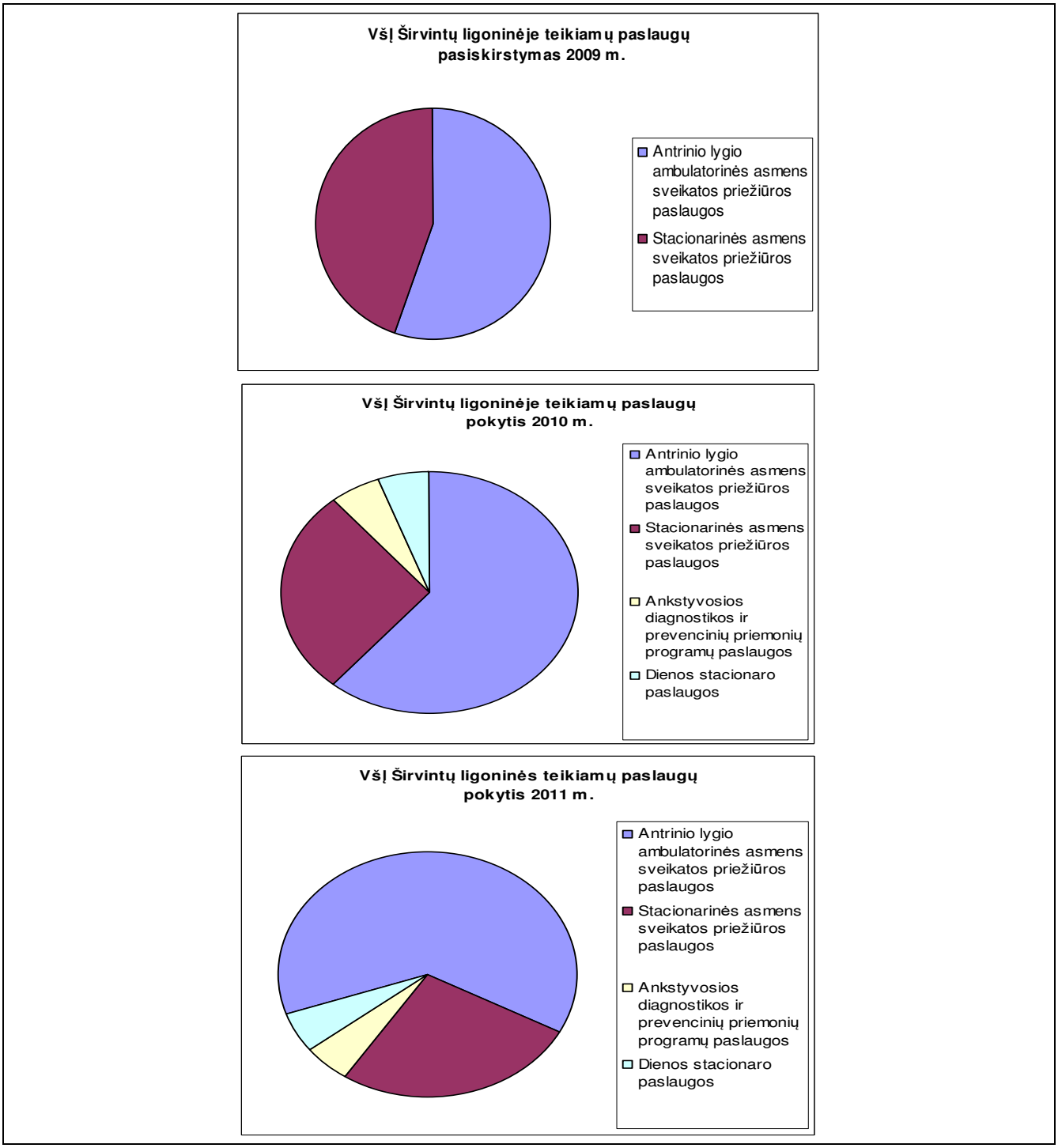
	ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas
Programos	
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa	Rožinio kaspinas
Gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu programa	Išsaugokime vyrus

Šaltinis: sudaryta autorės pagal respondentų pateiktus dokumentus

Lentelėje pateikiau magistriniame darbe nagrinėjamų rajonų 2008 – 2011 m. dalyvavimo projektuose bei programose palyginimas. Pagal pateiktus dokumentus, projektai yra finansuojami iš ES struktūrinių fondų ir iš tarptautinių fondų lėšų, o programos finansuojamos tik iš PSDFB, vadinasi projektai turi didesnę finansinę ir išliekamąją vertę nei programos.

Iš respondentų atsakymų galima daryti tokią išvadą, kad trečdaliui apklaustų respondentų dalyvavimas rengiant projektus yra prievolė: „*ne visi vadovai suinteresuoti, nenori rengiant projektus įdėti savo lėšų, tuomet nėra ko tikėtis gero rezultato*“(Respondentas Nr. 6.) Jie mano, kad atsakomybę turi prisiimti valstybė už viską: teikimą, kontrolę, tęstinumą, o patys turi tik užimti dalyvio poziciją.

Nagrinėjant kitų respondentų atsakymus bei pateiktus dokumentus, galima daryti išvadą, kad į programų įgyvendinimą turi įsitraukti daug institucijų ir įstaigų, kad tai bendras reikalas, kad „*savivaldybėms nereikia visko aklai patikėti sveikatos priežiūros įstaigoms, juk tam jie ir yra steigėjai, kad dalyvautų vykdomų pokyčių veikloje, o ne liktų abejingi stebėtojai*“ (Respondentas Nr. 5). Respondentas teigia, kad savivaldybių lygyje reikia „*suvienyti jėgas ir bendrai vykdyti programas, nes jų įgyvendinimas dažnai priklauso nuo žmogiškojo veiksnio: vieniems sekasi, kitiems stringa. Reikia gerai suplanuoti darbus, turi būti gera šiuolaikiška vadyba, administravimas.“* Daugelyje atsakymų pabrėžiama programų bei projektų tęstinumo reikšmė, kad programos nebūtų rašomos tik dėl vadinamo „pliusiuko“, jos turi duoti realią naudą tiek sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek pacientams. O savivaldybės, tvirtindamos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ataskaitas turėtų atkreipti dėmesį ne tik į finansinę apyskaitą, o ir į realiai teikiamas paslaugas. Tam patvirtinti pateikiu susistemintą informaciją, kurią pateikė vienas iš respondentų.



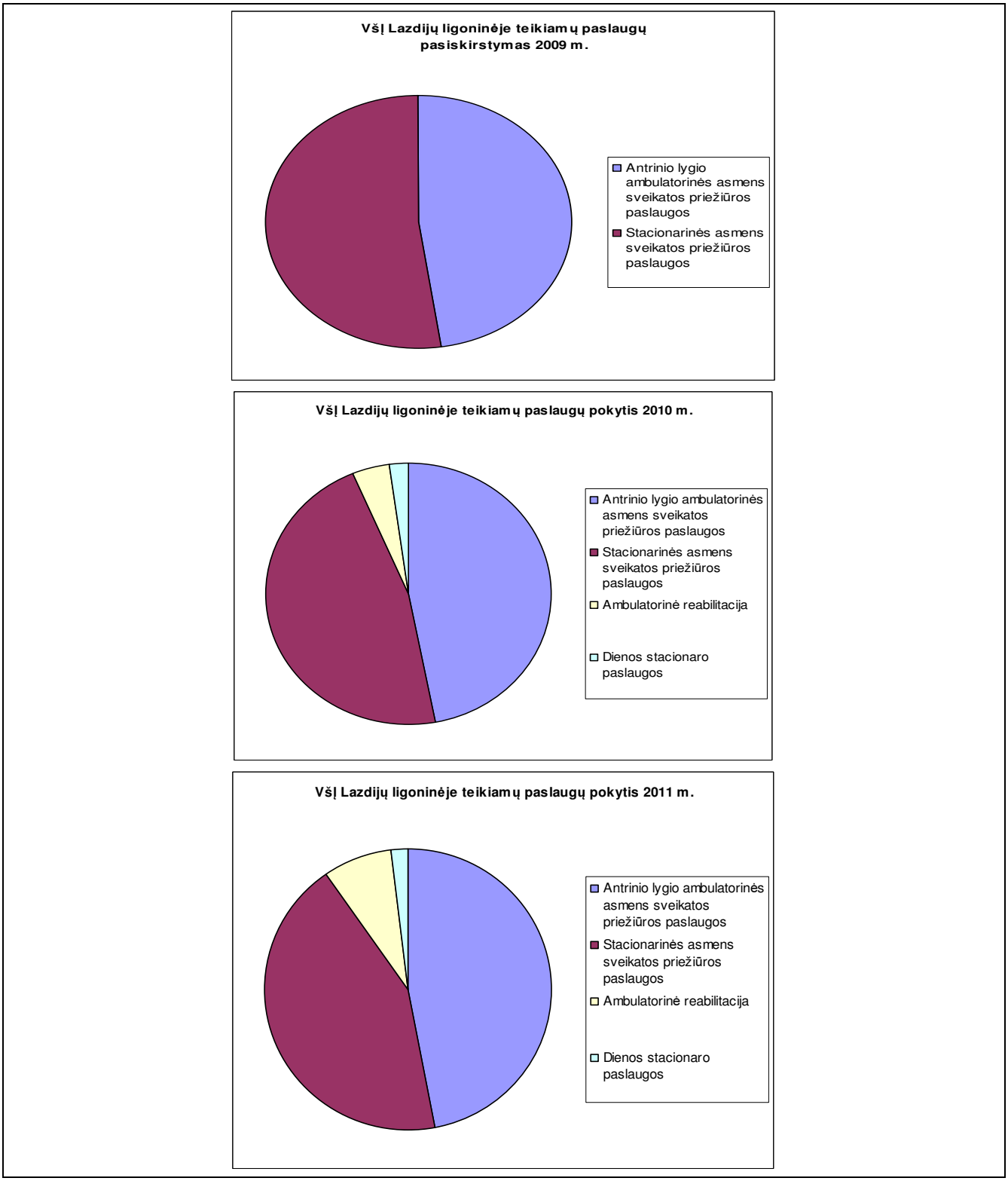
10 pav. VšĮ Širvintų ligoninės 2009 – 2011 m. teikiamų paslaugų pokyčio pasiskirstymas

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Respondento Nr.5 pateiktais dokumentais

Iš pateikto paveikslo bei nagrinėjant veiklos ataskaitą (žr. 5 priedas), matome, kad vykdant sveikatos priežiūros reformą, teikiamų stacionarinių paslaugų sumažėjo nuo 45 % iki 26 %, t. y. iki ketvirtadalio nuo visų teikiamų paslaugų, atitinkamai ambulatorinių paslaugų padidėjo – nuo 55 % iki 64 %. Dienos chirurgijos paslaugų teikiama 6 %. Tačiau giliau nagrinėjant pateiktus duomenis, matyti, kad pagal ankstyvosios diagnostikos ir prevencinių paslaugų programas, nebuvo suteikta nei

vienos paslaugos. Darau išvadą, kad įstaigos dalyvavimas programose yra netikslingas. Šiuo atveju, savivaldybė, kaip steigėja, turėjo tvirtindama veiklos ataskaitas atkreipti dėmesį situaciją ir dalyvauti ištaisant padėtį. Šiuo atveju sąveikos nėra ne tik tarp valstybės ir savivaldybių, tačiau ji yra tik formali ir tarp įstaigos ir savivaldybės. Kiekviena dirba savo darbą formaliai, nors teisės aktai įpareigoja vykdyti kitą veiklą.

Palyginimui pateikiu kito rajono susistemintą informaciją apie veiklos pokyčius įgyvendinant sveikatos priežiūros sistemos reformą.



11 pav. VšĮ Lazdijų ligoninės 2009 – 2011 m teikiamų paslaugų pasiskirstymas.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Respondento Nr.5 pateiktais dokumentais

Iš pateikto pavyzdžio ir veiklos ataskaitos (žr. 6 priedas) matome, kad stacionarinių paslaugų sumažėjo nuo 52 % iki 43%, ambulatorinių paslaugų nuo 48 % iki 47 %, dienos chirurgija sudaro 2 %, ambulatorinė reabilitacija sudaro – 8 %. Toliau nagrinėjant pateiktus dokumentus (Respondentas

Nr. 5.), matome realią sąveikos tarp valstybė ir savivaldybės naudą, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformą savo rajone. Bendros veiklos rezultatu pavyko išsaugoti stacionarines paslaugas, o remiantis pateiktais dokumentais (žr. 6 priedas), netolimoje ateityje jas planuojama perskirstyti, tačiau nemažinti. Ambulatorinių paslaugų perskirstymas iš ambulatorinių konsultacijų į ambulatorinę reabilitaciją, esminio pasikeitimo nesudarė, tačiau leido pritraukti investicijas iš tarptautinių fondų.

Apibendrinant galima teigti, kad tik griežta savivaldybės pozicija, aktyvi veikla, sąveika su valstybe, (minėtu atveju savivaldybė aktyviai bendradarbiauja su TLK, SAM, VRM) padeda planuoti ir vykdyti sveikatos priežiūros sistemos reformas be žymesnių praradimų. Tam didelės įtakos turi ir asmenybių veikla.

4.2.7. Sąveikos stiprinimo galimybės ir institucinė įtaka

Kaip jau buvo minėta, valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas šalyje yra naujas, neištirtas ir mažai naudojamas reiškinys. Tam įtakos turi decentralizuotas sveikatos priežiūros sistemos valdymas, kai respublikinės, universitetinės ligoninės ir jų filialai bei mokymo bazes turinčios ligoninės tiesiogiai pavaldžios sveikatos apsaugos ministerijai, o pirminiai sveikatos priežiūros centrai, rajonų ligoninės, reabilitacijos įstaigos tiesiogiai pavaldžios savivaldybėms (SAM pavaldžios įstaigos). Taip pat ministerijai pavaldžios visos su sveikatos apsauga susijusios administracines funkcijas atliekančios institucijos (TKL, Higienos institutas, akreditavimo tarnyba ir t. t.). Antra priežastis, pasak respondentų, yra centralizuotas finansavimas iš PSDFB. Trečia, neišnaudojamos pačių savivaldybių funkcijos.

Respondentai Nr.4. ir Nr. 1 teigia, kad „ *Ministerija „nuleidžia“ įsakymus, <...> savivaldybė tik pritaria vykdomai sveikatos priežiūros sistemos reformai ir nesigilina, viską palieka spręsti pačioms įstaigoms, taip visiškai nusiimdamos nuo savęs atsakomybę dėl pasekmių*“. Kitas respondentas mano, kad tik savivaldybių prioritetas yra specialistų paieška ir jų pritraukimas į rajoną, suteikiant jiems gyvenamąjį būstą (Respondentas Nr. 2.). Dalis respondentų, teigia, kad dėl viešumo stokos, priimant sprendimus sveikatos priežiūros sistemos reformos atžvilgiu, sąveika tarp savivaldybių ir valstybės neefektyvi, o kita dalis teigia, kad sąveikos stiprumas ir jos nauda priklauso nuo pačių sąveikaujančių pusių vidinių bei sisteminių priežasčių, „*gal trūksta kompetencijos, trukdo biurokratizmas, nėra palaikymo <...> daugeliu atveju trūksta administracinių gebėjimų“* (Respondentas Nr. 6). Pastarieji nurodo, kad savivaldybės lobistinė veikla, jos vadovų atkaklumas, siekiant rezultatų, duoda akivaizdžius rezultatus.

Nagrinėjant respondentų atsakymus dėl institucijų įtakos, tarpinstitucinės sąveikos, planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformas, paaiškėjo tam tikri skirtumai tarp nagrinėjamų rajonų. Vieni respondentai linkę išnaudoti savo geografinę padėtį sau palankia linkme, kiti visas savo nesėkmes sieja būtent su nepalankia geografine padėtimi. Tačiau, pasižiūrėjus į 10 III etape restruktūrizuojamų rajonų, net trys turi palankią geografinę padėtį, tačiau nei vienas iš jų nedalyvauja pasienio regiono programose (VRM Tarptautiniai projektai). Prieinama prie išvados, kad geografinė savivaldybės padėtis neturi įtakos sveikatos priežiūros sistemos reformai.

Du trečdaliai apklaustųjų respondentų sako, kad institucinė įtaka jaučiama. Šioje vietoje sąveika pasireiškia labiausiai. Tai vienintelė sritis, kurioje valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant reformą sveikatos priežiūros sistemos reformą, pripažįsta visi apklausti respondentai. „*Jau kuris laikas ligonių kasos direktorius vis perša nuomonę dėl mūsų ligoninės susijungimo su Ukmergės ligonine. <...> Vis labiau matoma tendencija, jog susijungimas neišvengiamas ir tai yra tikrai ne mūsų rajono savivaldos iniciatyva.* (Respondentai Nr. 1, 4). Kiti įvardija sąveikos įtaką gaunant finansavimą, ypač privačios medicinos atžvilgiu. Respondentai nurodo bendrą valstybės interesą, kuris iš principo remiasi asmenybėmis. Taip atsiranda problemos ir skirstant finansavimą, kai jis daugeliu atveju „*prastumiamas“ savo žmonėms, lėšos naudojamos neefektyviai, todėl stringa reformos įgyvendinimas.“* (Respondentas Nr. 3, 7).

Apibendrinant, pateikiu vieno iš apklaustų respondentų atsakymą: „*Mes tikrai turėjome įtakos valstybės institucijų sprendimams savo sveikatos priežiūros įstaigų naudai. Esame tarpininkai, dalininkai, koordinatoriai“*. Vadinasi: sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas turi kilti iš pačių savivaldybių iniciatyvos, o ne išplaukti iš valstybės, tuomet bus akivaizdūs rezultatai.

4.2.8. Tyrimo apibendrinimas

Sąveikai tarp valstybės institucijų ir savivaldybės, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas iki šiol teikiamas per mažas dėmesys. Nėra bendro patvirtinto sąveikos modelio, bendradarbiavimas daugiau ar mažiau priklauso nuo konkrečios savivaldybės pasirengimo spręsti sveikatos priežiūros sistemos reformos klausimus. Sveikatos priežiūros reformos uždavinių įgyvendinimas bei sąveika su valstybės institucijomis tiesiogiai priklauso nuo konkrečios savivaldybės teisinės ir finansinės bazės. Valstybė didžiausią dėmesį skiria pirminiam ambulatoriniam sveikatos priežiūros lygiui, antrinis stacionarinis sveikatos priežiūros lygis koncentruojamas į stambius sveikatos priežiūros centrus – regionines ligonines, todėl jaučiamas pasipriešinimas. Labiausiai sąveika pasireiškia dalyvaujant projektuose ir programose.

Sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas turi kilti iš pačių savivaldybių iniciatyvos, o ne išplaukti iš valstybės, tuomet rezultatai bus akivaizdūs. Valstybės ir savivaldybių sėkmingos sąveikos procesui įtakos turi savivaldybės politika ir asmenybių veikla.

IŠVADOS

1. Organizacijas bendradarbiauti tarpusavyje skatina tam tikros problemos, galimybės, poreikis arba būtinybė. Mokslinėje literatūroje sąveika tarp institucijų, organizacijų ar įstaigų pateikiama kaip būtina sąlyga siekiant įgyvendinti išsikeltus tikslus. Sąveika dažniausiai pateikiama kaip santykių palaikymas, bendravimo būdas, priešingybė konkurencijai, pavaldumo hierarchijai, priešingybė biurokratijai.
2. Lietuvos sveikatos politika orientuota į Europos Sąjungos sveikatos politiką ir per neilgą valstybės egzistavimo laikotarpį pasiekė didelių laimėjimų sveikatos politikos struktūrinėje srityje. Lietuvos sveikatos priežiūros politikoje didžiausias dėmesys skiriamas pirminės sveikatos priežiūros problemų sprendimui, t.y. pirminiam sveikatos priežiūros lygiui, o šiam tikslui įgyvendinti valstybė pasitelkia sąveiką su savivaldybėmis.
3. Valstybės institucijos, įgyvendinančios valstybės valdžią, turi formuoti politikos gaires įvairiose srityse, o tuo pačiu ir sveikatos priežiūros sistemos srityje, o savivaldybės, būdamos savo rajonų sveikatos priežiūros įstaigų steigėjos, turi padėti įgyvendinti šias gaires. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos reformoje ši valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, neveikia arba veikia ribotai.
4. Sąveika tarp valstybės ir savivaldybių formuojama remiantis biurokratiniu principu „iš viršaus į apačią“, todėl sąveika tarp minėtų institucijų, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas yra neefektyvi, o savivaldybių vaidmuo reformos planavime daugiau formalus nei realus.
5. Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą Lietuvoje, skiriamas nepakankamas dėmesys valstybės ir savivaldybių sąveikai. Svarbiausias Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, įtraukiant į vykdomą reformą ir savivaldybes. Vykdant minėtą restruktūrizaciją, pastebimas atotrūkis ne tik nuo sveikatos politikos planų ir realaus gyventojų sveikatos bei socialinio lygio, bet ir nuo valstybės ir savivaldybių realios sąveikos vystant šį sudėtingą procesą.
6. Širvintų rajono savivaldybės sąveikos su valstybės institucijomis, sprendžiant struktūrines sveikatos priežiūros reformas, praktika rodo, kad viešojo sektoriaus darbuotojai neįgyvendina tarpinstitucinių sąveikos nuostatų: nerengiami bendri valstybės ir savivaldybės tikslai, uždaviniai, nenumatomi rezultatai.
7. Valstybės ir Lazdijų rajono savivaldybės sąveikos, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas, praktika rodo, kad savivaldybės tarnautojai įgyvendina tarpinstitucinės

sąveikos principus: rengiami strateginai planai, kuriuose numatomi bendri tikslai, uždaviniai ir numatomi rezultatai.

8. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad institucijas bendradarbiauti skatina tam tikros problemos, galimybės, poreikis arba būtinybė. Sąveikos analizė Lazdijų rajono savivaldybėje rodo, kad sėkmingo bendradarbiavimo prielaida yra pasitikėjimas ir nusiteikimas bendradarbiavimui. Keičiantis pasauliui, politika ir ekonomika nesugeba patenkinti visuomenės poreikių, todėl sąveiką mato kaip išeitį iš susidariusios situacijos.
9. Sąveikos analizė tarp valstybės ir Širvintų rajono savivaldybės rodo, kad Širvintų rajono savivaldybė, kaip sveikatos priežiūros įstaigų rajone steigėja, labiau yra susijusi su vadovavimu nei su valdžia. Sąveikoje tarp valstybės ir savivaldybės sprendžiant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas rajone, valstybė atlieka įgalinančią funkciją, o savivaldybė atlieka geriausiu atveju tik vykdytojo, blogiausiu – stebėtojo funkcijas.
10. Valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, tiesiogiai priklauso nuo konkrečios savivaldybės įgyvendinamos politikos bruožų ir jos sveikatos priežiūros įstaigų materialinės bei finansinės bazės. Daug įtakos turi politinių administracinių asmenybių veikla.
11. Išnagrinėta mokslinė literatūra ir atliktas tyrimas rodo, kad sveikatos priežiūros sistemos reforma įgalina efektyvesnę valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas bei efektyvesnį sveikatos priežiūros įstaigų valdymą.

REKOMENDACIJOS

Valstybės institucijoms:

1. Siekiant, kad Širvintų rajono savivaldybė tarnautojai rengtų sąveikos planus ir numatytų siekiamus tikslus, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas, būtina parengti sąveikos vykdymo rekomendacijas ir taisykles nacionaliniu ir savivaldybių lygiu.

Mokslo atstovams:

1. Mokslinėje literatūroje nėra plačiai analizuojama sąveika viešajame sektoriuje, todėl būtina plėsti šią studijų sritį.

Širvintų rajono savivaldybei:

1. Siekiant konstruktyvios sąveikos su valstybės institucijomis, tikslinga didinti vadovų atsakomybę už sąveikos projektų rengimą, vykdymą ir rezultatų aptarimą.
2. Sąveikoje, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas, išnaudoti savo geografinę padėti ir turimus savivaldybės resursus nukreipti sveikatos priežiūros paslaugų perskirstymo link. Teikti pasiūlymus rajono sveikatos priežiūros įstaigoms atsisakyti neperspektyvių paslaugų, jas pakeičiant prioritetinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.
3. Ieškoti lyderių, kurie rodytų iniciatyvą sąveikos procese tarp savivaldybės ir valstybės institucijų, rengiant ir organizuojant projektus.

Lazdijų rajono savivaldybei:

1. Užtikrinti savivaldybės tarnautojų, atsakingų už sąveikos procesus tarp savivaldybės ir valstybės institucijų sveikatos priežiūros reformos srityje, nuolatinį žinių atsinaujinimą, praktinių įgūdžių ugdymą.
2. Dalintis gerąja patirtimi, rengiant seminarus, konferencijas, paskaitas.

LITERARŪROS SĄRAŠAS:

TEISĖS AKTAI IR DOKUMENTAI:

1. Europos vietos savivaldos chartija, [prieiga per internetą 2011-07-07], www3.lrs.lt.
2. Konstitucinio Teismo nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo 3 straipsnio 3 dalies <...> sąrašą įstatymo“ atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. [prieiga per internetą 2011-08-21], www3.lrs.lt.
3. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas [Prieiga per internetą 2011-01-15], www.sam.lt
4. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, V. Ž. 1994; 63-1231.
5. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 2000 m. pakeitimai, [prieiga per internetą 2011-12-07], www3.lrs.lt.
6. Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymo papildymai ir pakeitimai [prieiga per internetą 2011-08-20], www3.lrs.lt)
7. Lietuvos savivaldybių įstatymas, [prieiga per internetą 2011-08-20], www.savivaldybes.lt.
8. Viešojo administravimo įstatymas, [prieiga per internetą 2011-08-20], www3.lrs.lt.

MOKSLINĖ LITARATŪRA:

1. Astrauskas A., Vietos savivalda ir vietos savivaldos problemos Lietuvoje, Viešoji politika ir administravimas, Vilnius, 2002, Nr. 3, p. 71-77, ISSN 1648-2603.
2. Barley S. R., Freeman J., Hybels R. C., Strategic alliances in commercial biotechnology. In networks and organizations, Harvard university press, 1992, p.31-47.
3. Bifulco L., Vitale T., The shift from structures to processes. Case studies on the symbolic and spatial dimension of the social services. Copenhagen, 2003.
4. Bogason P., Public policy and local governance institutions in postmodern society, Massachusetts, Edward Elgar Publishing. USA, 2000.
5. Brian R. F., Mastering public administration: from Max Weber to Dwight Waldo, Seven Bridges Press, 2008, p. 67- 68.
6. Buivydas R., Černiauskas G., Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas, Vilnius, 1997, p. 51-52, 54-55.
7. Buškevičiūtė J., Raipa A., Šiuolaikinių sprendimų rengimas viešajame sektoriuje, Viešoji politika ir administravimas, 2010, Nr. 34, p. 21-31.

8. Contractor F.L., Why should firms cooperate? Lexington, MA: Lexington Books; 1998
9. Dijk F. V., Social ties and economic performance, Kluwer, Dordrecht, 1999.
10. Domarkas V. Naujieji viešojo administravimo raidos akcentai, Viešoji politika ir administravimas, Kaunas, 2004, Nr. 7, p. 7-14, ISSN 1648-2603.
11. Dowding K., Explaining urban regimes, International journal of urban and regional research, 2001, Vol. 25, p. 7-17.
12. Flick U., An introduction on qualitative research, London, 2006, p. 165 – 181.
13. Gray B., Collaborating: finding common ground for multiparty problems, San Francisco, Jossey – Bass, 1989.
14. Gudelis D., Rozenbergaitė V., Viešojo ir privataus sektorių partnerystės galimybės, Viešoji politika ir administravimas, Vilnius, 2004, Nr. 8, p. 58-73, ISSN 1648-2603.
15. Guogis A., Socialinės politikos modeliai: monografija. Vilnius, Eugrimas, 2000, 80 p.
16. Guogis A., Gudelis D., Naujosios viešosios vadybos taikymo teoriniai ir praktiniai aspektai, Viešoji politika ir administravimas, Vilnius, MRU, 2003, Nr.4, p.26 – 34.ISSN 1648-2603.
17. Gustainienė L., Sveikatos priežiūros politika ir organizacija, 2003, Kaunas, p. 42-44, 50-51, 63-65, 101-102, 128.
18. Harari O., Colluding with competitors is a dead end. Management Review 1994; 10:53-55.
19. Huxham C., Creating Collaborative Advantage. London: Sage Publications; 1996.
20. Huxham C., Theorizing collaboration practice. Public Management Review 2003; 3:401– 423.
21. Huxham C., Vangen S., Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. The journal of applied behavioral science, 2003, Vol. 39 (1), p. 5-13.
22. Jankauskienė D., Sveikatos reformos sprendimų poveikio gyventojų sveikatai ir paslaugų prieinamumui įvertinimas, Sveikatos mokslai, 2000, Nr. 1(11), p. 5 – 11.
23. Jankauskienė D., Pečiūra R., Sveikatos politika ir valdymas, Vilnius, MRU, 2007.
24. Jankauskienė Ž., Kubilienė E., Juozulynas A., Partnerystės įtaka sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių reformai, Šiuolaikinės tarporganizacinės sąveikos formos viešajame sektoriuje, Mokslo darbai, Vilnius, MRU, 2006.
25. Janušonis V., Popovienė J., Sveikatos priežiūros kokybės vadyba Europos Sąjungos plėtros kontekste. Tiltai, 2003; 13: 177-181.
26. Janušonis V., Problemų sprendimo vadyba sveikatos priežiūros organizacijose: metodologiniai aspektai. Sveikatos mokslai; 2007; 4:1019-1024.
27. Janušonis V., Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. Sveikatos mokslai 2004; 1:69-73.

28. Jucevičius R., Valdžia ir NVO: strateginė partnerystė Kaunas šiandien ir rytoj. Vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų bendradarbiavimas, Konferencijos pranešimų medžiaga, KTU, 1999, p. 10-11.
29. Jurgutis A., Šeimos gydytojų bendradarbiavimas su kitais sveikatos priežiūros lygių specialistais Šeimos medicinos pagrindai, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p.47-50.ISBN 9955-9596-1-4.
30. Kairys J., Savickis A., Baubinas H., Žėbienė E. , Tomke V., Informacinių technologijų poreikis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Sveikatos mokslai; 2008; 6:2093-2104.
31. Kano N., Attractive quality and must-be in the best on quality. Milwaukee: ASQC Quality Press; 1996.
32. Kanter R.M., Collaborative advantage: the art of alliances. Harvard Business Review1994; 4:96 – 108.
33. Kardelis K., Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai, Šiauliai, 2005, p. 194 – 203.
34. Kėdaitis V. Matavimai, duomenų rinkimo metodai ir statistinis grupavimas, Vilnius, 2007, p. 15
35. Kickbusch I, Quick J., Partnerships for health in the 21st century. World Health Statistics Quarterly, 1998, 51: 68–74.
36. Klijn E. H., Koppenjan J. F. M., Public management and policy networks: foundations of a network approach to governance, Public management, 2000, Vol. 2, 2:135-158.
37. Krikštaponytė I., Tarpautinė ekonomika ir prekyba integracijos kontekste: tarptautinės mokslinės konferencijos pranešimų medžiaga, Kaunas, Technologija, 2003, p. 50-52.
38. Kundrotienė N., Rekerta K., Strateginio planavimo diegimas Lietuvos viešojo administravimo institucijose, Viešoji politika ir administravimas, Nr. 3, 2002, p. 56-62.
39. Lane J. E. Viešasis sektorius. Vilnius, Margi raštai, 2001.
40. Limerick D., Managing the New Organization: Collaboration and Sustainability in the Post-Corporate World. Business and Profess; 2004.
41. Linden R. M., Working across boundaries. Making collaboration, work in government and nonprofit organization, San Francisco, Jossey-Bass, A Wiley imprint, 2002.
42. Lydeka Z., Adomavičius B., Konkurentų kooperacija tarptautinių krovinių gabenimo vilkikais sektoriuje: pagrindiniai sėkmės faktoriai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas; 2007; 1(51):80-90.
43. Mandell M. P., Getting results through collaboration: networks and networks structures for public policy and management, Quorum books, Westport, 2001.
44. Marčinskas A., Seiliūtė J., Socialinė atsakomybė viešajame sektoriuje ir versle: lyginamoji analizė. Viešasis administravimas, Vilnius, 2008, Nr. 1, p. 70-79.
45. Margolis J. D. People and Profits? The Search for a Link Between A Company's Social and Financial Performance. Associates; 2001.

46. Nakrošis V., Strateginis valdymas Lietuvoje: ar turime rezultatų vyriausybę?, Vilnius, 2008.
47. Park S.H., When competition eclipses cooperation: an event history analysis of joint venture failure. Management science 1996; 42:875-890.
48. Parson W. Viešoji politika: politikos analizės teorijos ir praktikos įvadas, Vilnius, Eugrimas, 2001.
49. Pfeffer J., The Human Equation: Building Profits By Putting People First. Boston: Harvard Business School Press; 1998.
50. Pollitt Ch., Bouckaert, G., Viešojo valdymo reforma, lyginamoji analizė, Algarvė, 2003.
51. Priem R.L., Tautology in the Resource-Based View and the Implications of Externally Determined Resource Value: Further Comments. Academy of Management Review 2001; 26:57–66.
52. Pumputis A., Bukauskas A., Valstybės ir savivaldos institucijų bendradarbiavimas, Lietuvos teisės universitetas, 2001, p. 47. 50-51.
53. Puškorius S., Bendradarbiavimo efektyvumo vertinimas, Šiuolaikinės tarporganizacinės sąveikos formos viešajame sektoriuje, Vilnius, MRU, 2006, p.9-14, ISBN9955-190-44-2.
54. Raipa A., Viešojo administravimo efektyvumas, Kaunas, Technologija, 2004.
55. Raišienė A.G., Valstybės valdymo ir vietos savivaldos sąveikos ypatumai, Viešoji politika ir administravimas, Vilnius, 2003 Nr. 3.
56. Raišienė A.G., Teoriniai vietos savivaldos institucijų bendradarbiavimo aspektai, Savivaldos institucijų socialinis politinis veiksmingumas, monografija, Vilnius, 2006, p. 39-63, ISSN 9955-19-022-1.
57. Raišienė A.G., Bendradarbiavimo programų ir projektų įgyvendinimo problemos apskrityse ir savivaldybėse, Šiuolaikinės tarporganizacinės sąveikos formos viešajame sektoriuje, Vilnius, 2006, p. 37-41, ISSN 9955-190-44-2.
58. Raišienė A. G., Tarporganizacinė sąveika Lietuvos vietos savivaldos praktikoje, Vilnius MRU, 2007.
59. Raisiene A. G., Conceptualization of Inter-Organization Partnership Structural Model, Public policy and administration, 2010, Nr.34, p. 107 – 121.
60. Reich M. R., Private public partnership for public health. Harvard series on population and international health; 2002.
61. Ridley M., The origins of virtue, London: Viking, 1996.
62. Seilius A. Organizacijų, tobulinimo vadyba, Klaipėda, 1998.
63. Susnienė D., The model of organization performance comprising the relationships with stakeholders from the aspect of total quality management engineering economics, KTU, Nr. 1(46), 2006, p. 20-26.

64. Sveikatos ekonomikos centras, Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste, Vilnius, 2000, p. 151. 159-163.
65. Sveikatos apsaugos ministerija, Nacionalinė sveikatos taryba, PSO, Kauno medicinos universitetas, III Nacionalinė sveikatos politikos konferencijos tekstai, Vilnius, 2001, p. 9.
66. Thompson J. D., Organizations inaction: social science base of administrative theory, New Brunswick, NJ, Transaction publishers, 2003.
67. Thom R., Ritz A., Viešoji vadyba, Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys, Vilnius, 2004.
68. Viešasis administravimas Lietuvoje: profesionalumo ir efektyvumo paieškos, metinės konferencijos tekstai, Vilnius, 1998.
69. Vigoda – Gadot E., Managing collaboration in public Administration, the promise of alliance among governance, Citizens and businesses, Praeger Books, Greenwood publishing group. 2003.
70. Žukauskas P., Juodaitytė A., Valiuškevičiūtė A., Laužackas R., Obelenienė B. Kokybės valdymo sistemos. Kaunas, Vytauto Didžiojo universitetas, 2008.
71. Windsor D., Can Stakeholders Interests Be Balanced? International Association for Business and Society (IABS) annual conference. Paris, France; 1999.
72. World Bank, Partnership for development: proposed actions for the World Bank. WB; 1998.
73. WHO guidelines on collaboration and partnerships with commercial enterprises. Geneva: WHO; 1999.

INTERNETO PUSLAPIAI:

1. Faktų suradimas, [prieiga per internetą 2011-12-08], http://www.kf.vu.lt/~regis/faktai.htm.
2. Lazdijų rajono savivaldybės administracijos portalas, [prieiga per internetą 2012-01-20], http://www.lazdijai.lt/go.php/lit/Vykdomas_projektas_Moderniu_kruties_vezi/430.
3. Lazdijų rajono savivaldybės portalas, [prieiga per internetą 2012-01-20], http://www.lazdijai.lt
4. Lietuvos Respublikos Seimas, Apie Nacionalinę sveikatos tarybą [prieiga per internetą 2011-11-15]http://www3.lrs.lt/pls/inter/w3_viewer.ViewDoc?p_int_tekst_id=27850&p_int_tv_id=693&p_org=0.
5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės portalas, [prieiga per internetą 2012-01-20], http://www.lrv.lt
6. Lietuvos savivaldybių portalas [prieiga per internetą 2011-12-15], http://www.savivaldybes.lt
7. Lietuvos sveikatos informacijos centras, [prieiga per internetą 2011-08-20], http://www.lsic.lt.
8. Nacionalinė konferencija, [prieiga per internetą 2011-08-20], http://www.sam.lt .
9. Regioninių tyrimų instituto nuomonė ir pasiūlymai dėl apskričių valdymo reformos bei apskričių teritorinės reformos krypčių, [prieiga per internetą 2011-08-20], http://www.lrti.lt/nuomone.

10. Sveikatos apsaugos ministerijos portalas, [prieiga per internetą 2011-08-20] http://www.sam.lt .
11. Širvintų rajono savivaldybės administracijos portalas, [prieiga per internetą 2011-12-15], http://www.sirvintos.lt.
12. Valstybinės ligonių kasos portalas [prieiga per internetą 2011-12-15], http://www.vkl.lt
13. Valstybinė medicininio audito inspekcija [prieiga per internetą 2011-09-15], http://www.vmai.lt.
14. Vidaus reikalų ministerijos portalas [prieiga per internetą 2011-12-28], http://www.vrm.lt/nrp/index.php?id=723,
15. Vilniaus teritorinės ligonių kasos portalas, [prieiga per internetą 2012-02-15], http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=389&iid=168.

Meškauskienė L. Valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas / Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas dr. Agota Giedrė Raišienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2012. – p. 115.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, atskleista savivaldybių paskirtis vykdant šias reformas, ištirtos Širvintų ir Lazdijų savivaldybių specialistų bei sveikatos priežiūros įstaigų vadovų požiūris į valstybės ir savivaldybių sąveikos ypatumus, planuojant ir vykdant reformas. Pirmoje dalyje apžvelgiama darbui reikalinga literatūra, bei sąvokos. Antroje darbo dalyje plačiau apžvelgiami valstybės ir savivaldybių sąveikos Lietuvoje ypatumai. Trečioje dalyje nagrinėjami pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą ir jos reformas. Ketvirtoje dalyje peržvelgiamos institucijų, koordinuojančių sveikatos priežiūros įstaigų veiklą funkcijos. Penktoje dalyje tiriamos valstybės ir savivaldybių sąveikos, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas Lazdijų ir Širvintų savivaldybėse.

Pagrindiniai žodžiai: valstybės ir savivaldybių sąveika, struktūrinės reformos, sveikatos priežiūros įstaigos, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema.

Meškauskienė L. State and municipality interaction in planning and carrying out structural reforms in the health care system / Master's Work in Public Administration. Supervisor assoc. dr. Agota Giedrė Raišienė. – Vilnius: Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University, 2012. p. 115.

ANNOTATION

In master's thesis analyzed the interaction of state and municipality in planning and carrying out structural reforms in the health care system, disclosed local government role in these reforms, and analyzed Širvintos and Lazdijai local specialists and health care institutions heads approach to state and local government interaction, planning and carrying out reforms. The first part gives an overview of the literature required for work, and terms. The second part gives an overview of peculiarities in interaction between state and local government in Lithuania. The third part examines the basic laws governing Lithuanian health care system and its reforms. The fourth section reviews functions of institutions coordinating health care establishments. The fifth part overlooks the state and local government interaction, planning and carrying out structural reforms in the health care system in Širvintos and Lazdijai municipalities.

Key words: state and municipalitiesinteraction, structural reforms, health care institutions, Lithuanian health care system.

Meškauskienė L. Valstybės ir savivaldybių sąveika, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas / Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas dr. Agota Giedrė Raišienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2012. –p. 115.

SANTRAUKA

Sveikatos priežiūros institucijos įsteigtos tam, kad padėtų sveikiems žmonėms išlaikyti savo gyvenimo kokybę, o neįgaliesiems – kuo ilgiau optimaliai gyventi. Sveikatos priežiūros politiką Lietuvoje formuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybė ir Sveikatos apsaugos ministerija, o sveikatos priežiūros įstaigos yra tiesiogiai pavaldžios savivaldybėms. Norint kuo efektyviau paskirstyti ES paramą sveikatos priežiūrai, pradėtos struktūrinės reformos. Dėl jų Vyriausybė ir savivaldybės yra priverstos sąveikauti. Šio darbo tikslas plačiau išanalizuoti valstybės ir savivaldybių sąveiką, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas.

Pagrindinė valstybės ir savivaldybių sąveikos problema, planuojant ir vykdant sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizaciją, yra tai, kad ji iš esmės yra naujas, mažai ištirtas ir aprašytas reiškinys, todėl neaiškus jo socialinis veiksmingumas.

Darbą galima skirstyti į 5 pagrindines dalis. Pirmoje dalyje aptariama sąveikos samprata, jos požymiai, bei metodai. Antroje apžvelgiami valstybės ir savivaldybių sąveikos ypatumai Lietuvoje. Trečioje dalyje išanalizuojami pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą ir jos reformas. Ketvirtoje dalyje aptariamos sveikatos priežiūros įstaigų veiklą koordinuojančių institucijų funkcijos. Ir paskutinėje dalyje atliekamas tyrimas valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas išanalizuoti Lazdijų ir Širvintų savivaldybių atvejais.

Svarbiausias sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, įtraukiant į vykdomą reformą ir savivaldybes. Tačiau vykdant minėtą restruktūrizaciją, pastebimas atotrūkis ne tik nuo sveikatos politikos planų ir realaus gyventojų sveikatos bei socialinio lygio, bet ir nuo valstybės ir savivaldybių realios sąveikos vystant šį sudėtingą procesą. Sąveikoje tarp valstybės ir savivaldybių sprendžiant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, valstybė atlieka įgalinančią funkciją, o savivaldybės atlieka geriausiu atveju tik vykdytojo, blogiausiu – stebėtojo funkcijas. Daug įtakos turi politinių administracinių asmenybių veikla.

Meškauskienė L. State and municipalities interaction in planning and carrying out structural reforms in the health care system / Master's Work in Public Administration. Supervisor assoc. dr. Agota Giedrė Raišienė. – Vilnius: Faculty of Politics and Management, Mykolas Romeris University, 2012. –p. 115.

SUMMARY

Health care institutions are established to help healthy people to maintain their quality of life, and the disabled - as long as possible maintain optimal living. Health care policy in Lithuania is formed by the Government of Lithuania and the Ministry of Health Care and health care institutions are directly subordinate to municipalities. For the most efficient allocation of EU funding for health care, structural reforms have been started. Because of those reforms government and municipalities are forced to interact. The aim of this work is to analyze the interaction between state and local governments in planning and carrying out structural reforms in the health care system.

The main problem in restructuring of the health care system is that the third phase of restructuring involving government and local government interaction in health care reform is a new, little studied and described, thus obscure its social effectiveness.

Work can be divided in 5 main parts. The first section discusses the concept of interaction, its attributes and methods. The second gives an overview of peculiarities of interaction between state and municipalities in Lithuania. The third part analyzes the main acts of law regulating the Lithuanian health care system and its reforms. The fourth part covers functions of institutions that are coordinating health care establishments. And in the last part is investigation of state and local government interaction, planning and carrying out of structural reforms in the health care system to analyze the Lazdijai and Širvintos cases.

Primary objective of the third stage of restructuring health care institutions and services program is to provide safe, good quality and affordable health care services to residents, efficient use of healthcare resources and to include municipalities into the ongoing reform. However, carrying out this restructure we can see gap not only from health policy plans and real health and social levels of residents, but also in state and municipalities interaction in the development of this complex process. In interaction between the state and local governments in carrying out structural health care reform, the state performs enabling function, but municipalities at best performs just executors role and at worst - the observer's role. Much influenced has politics and administrations personalities activity.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Sveikatos priežiūros sistemos teisės aktų sąrašas:

Įstatymai (aktualios redakcijos):

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.

2. LR Sveikatos draudimo įstatymas Žin., 1996, Nr. 55-1287.

3. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.

4. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Žin., 1996, Nr. 102-2317.

5. Gydytojo medicinos praktikos įstatymas Žin., 2004, Nr. 4-39.

Medicinos normos (aktualios redakcijos):

1. MN 10-1:2006 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai“

2. MN 80 : 2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“.

3. MN 9:2010 „Medicinos gydytojas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija, atsakomybė”.

4. MN 14:2010 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

5. MN 5:2011 Vyriausioji slaugytoja – slaugos administratorė.

6. MN 20:2000 „Slaugos etikos pagrindai“.

7. MN 21:2011 „Slaugė padėjėja(slaugos padėjėjas)“.

8. MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, atsakomybė, teisės“.

9. MN 32:1998 „Dietistas. Pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“.

10. MN 9:1995 „Sveikatos priežiūros ir farmacijos įstaigų akreditavimo bendrieji reikalavimai (kriterijai) ir tvarka“.

11. MN 30:1998 „Dietinio gydymo organizavimo sveikatos priežiūros įstaigose tvarka“.

12. MN 4:2009 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas".

Higienos normos (aktualios redakcijos):

1. HN 47:2010 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higienos ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“.

2. HN 32 „Darbas su kompiuteriu“.

3. HN 15:2005 „Maisto higiena“.

4. HN58:2005 „Privalomojo sveikatos mokymo reikalavimai“.

5. HN 66:2008 „Medicininių atliekų tvarkymas”.

Įsakymai (aktualios redakcijos):

1. SAM 1996-01-12 įsakymas Nr. 35 “Dėl būtinosios medicinos pagalbos“.

2. LR SAM 1996-10-30 įsakymas Nr. 547 “Dėl pirmosios medicinos pagalbos vadovo”.

3. Valstybinės ligonių kasos ir Lietuvos sveikatos informacijos centro nuorodos „Dėl medicinos statistikos formų Nr. 066/a-LK ir 025/a-LK pildymo ir įtraukimo į programą SVEIDRA“.Vilnius, 2000.04.03 Nr. 13-507.

4. LST EN ISO 9001:2001 “Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai”.

5. LST EN ISO 9000:2005 “Kokybės vadybos sistemos. Pagrindai, terminai ir apibrėžimai”.

6. LST EN ISO 9004:2001 “Kokybės vadybos sistemos. Veiklos gerinimas. Rekomendacijos”.

7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr.571 “Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų”.

8. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 26 d. įsakymas Nr. 364 “Privalomų atskaitomybės duomenų sąrašas”.

9. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. 515 “Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos”.

10. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2000 m. lapkričio 09 d. įsakymas Nr. 640 “Dėl sveikatos priežiūros įstaigų dokumentų saugojimo tvarkos”.

11. Lietuvos archyvų departamento 2011 m.liepos 15 d. įsakymas Nr. 118 “Dėl bendrųjų dokumentų saugojimo tvarkos”.

12. LR SAM 1999-05-25 įsakymas Nr. “Dėl viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ir profilaktikos darbą, bei jausnesniojo medicinos personalo pervardijimo.

13. LR SAM 1997-03-07 įsakymas Nr. 98 “Dėl sveikatos priežiūros įstaigų dokumentų saugojimo.”

14. LR SAM 1997-05-29 įsakymas Nr. 307 “Dėl sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašo.

15. LR SAM 1999-02-05 įsakymas Nr. 61 “Dėl asmens sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašo”.

16. LR SAM 1998-10-06 įsakymas Nr. “Dėl lokalaus medicininio audito”.

17. LR SAM 1999-01-15 įsakymas Nr. 24 “Dėl skubios konsultacinės pagalbos užtikrinimo”.

18. LR SAM 1996-11-15 įsakymas Nr. 580 “Dėl užkrečiamųjų ligų, kurių išlaidas kitiems asmenims privalo atlyginti juridiniai ir fiziniai asmenys, savo neteisėta veikla jas sukėlę, sąrašo patvirtinimo.

19. LR SAM 1998-06-18 įsakymas Nr. 329 “Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos”.

20. LR SAM 1997-05-15 įsakymas Nr. 149-k “Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų tarnybinių atlyginimų”.

21. LR SAM 1998-09-21 įsakymas Nr. 529 “Dėl profesinių klaidų asmens sveikatos priežiūros įstaigose nagrinėjimo tvarkos”.

22. LR SAM 1999-03-10 įsakymas Nr. 115 “Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos”.

23. LR SAM 1998-06-26 555 įsakymas Nr. 364 “Privalomų atskaitomybės duomenų sąrašas”.

24. LR SAM įsakymas Nr. 246, 1999 11 29 Nr. 515 “Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos”.

25. LR SAM 2000 10 09 įsakymas Nr. 532 “Dėl ASPĮ infekcijų kontrolės skyriaus ir infekcijų kontrolės komisijos pavyzdinių nuostatų patvirtinimo”.

26. LR SAM 1998 08 14 įsakymas Nr. 465 “Užkrečiamų ligų registravimo ir informacijos teikimo tvarka”.

27. Lietuvos archyvų departamento prie LR vyriausybės generalinio direktoriaus įsakymas 2011-07-15 Nr.117 “Dėl raštvedybos taisyklių patvirtinimo”

28. LR SAM 1994-11-09 įsakymas Nr. 377 “Dėl administracinio poveikio priemonių taikymo už higienos normų pažeidimus”.

29. LR SAM 1995-01-17 įsakymas Nr. 5 “Rankų higiena ir dezinfekcija. Rekomendacijos medicinos personalui”.

30. LR SASM 1998-08-14 įsakymas Nr. 465 “Dėl privalomojo epidemiologinio registravimo ir informacijos teikimo tvarkos”.

Papildomi teisės aktai, reglamentuojantys viešąjį sveikatos priežiūros sektorių:

1. Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo. SAM įsakymas nr. V-364.

2. Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apskaitos ir panaudojimo tvarkos tvirtinimo. SAM įsakymas Nr. 390.

3. Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. V-717.

4. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo tvarkos aprašo patvirtinimas. SAM Įsakymas Nr. V-6.

5. Dėl žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui atlyginimo tvarkos aprašo patvirtinimo. VLK direktoriaus įsakymas Nr. 1K-3.

6. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą privalomojo draudimo stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. V-1136.

7. Dėl asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurių negali teikti LNSS nepriklausančios įstaigos, sąrašo patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. 557.

8. Dėl pelno siekiančių įmonių teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų. SAM įsakymas Nr. 473

9. Dėl LNSS įstaigų stacionarių paslaugų teikimo pacientams, gavusiems šiai sistemai nepriklausančių įstaigų siuntimą. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas Nr. 2/8.

10. Dėl pacientų teisės pasirinkti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros įstaigą. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas Nr. 2/5.

11. Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų informavimo. SAM įsakymas nr. 108.

12. Dėl asmens sveikatos priežiūros pasaugų bazinių kainų nustatymo metodikos. SAM įsakymas Nr. 363

13. Dėl papildomų paslaugų bazinių kainų patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. 78.

14. Dėl bazinių kainų patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. 329.

15. Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos. SAM įsakymas Nr. 357.

16. Dėl LNSS vykdomųjų subjektų tarpusavio atsiskaitymų už pagal sutartis suteiktas asmens sveiktos priežiūros paslaugas. SAM įsakymas Nr. 711.

17. Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų tvirtinimo ir įsigaliojimo tvarkos. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas Nr. 2/6-1.

18. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo. SAM įsakymas Nr. V-1113.

19. Dėl ambulatoriniams gydymui skirtų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo. Vyriausybės nutarimas Nr. 994.

20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. V-383 ,,Dėl Medicinos prietaisų instaliavimo, naudojimo ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo”.

2 PRIEDAS

VšĮ Lazdijų ligoninė teikiamų paslaugų nomenklatūros suvestinė

2009	2010	2011
Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos • Akušerio - ginekologo • Anesteziologo - reanimatologo • Chirurgo • Dermatovenerologo • Echoskopuotojo • Endokrinologo • Endoskopuotojo • Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo • Kardiologo • Neurologo • Oftalmologo • Ortopedo traumatologo • Otorinolaringologo • Radiologo • Radiologo (vaikų) • Stebėjimo paslaugos suaugusiesiems • Stebėjimo paslaugos vaikams • Urologo • Vaikų ligų gydytojo • Vidaus ligų gydytojo	*Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Akušerio - ginekologo • Anesteziologo - reanimatologo • Chirurgo • Dermatovenerologo • Echoskopuotojo • Endokrinologo • Endoskopuotojo • Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo • Ftiziatro • Kardiologo • Neurologo • Oftalmologo • Ortopedo traumatologo • Otorinolaringologo • Radiologo • Radiologo (vaikų) • Stebėjimo paslaugos suaugusiesiems • Stebėjimo paslaugos vaikams • Urologo • Vaikų ligų gydytojo • Vaikų oftalmologo • Vidaus ligų gydytojo	*Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Akušerio - ginekologo • Anesteziologo - reanimatologo • Burnos chirurgo • Chirurgo • Dermatovenerologo • Echoskopuotojo • Endokrinologo • Endoskopuotojo • Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo • Ftiziatro • Kardiologo • Klinikinio fiziologo • Neurologo • Oftalmologo • Ortopedo traumatologo • Otorinolaringologo • Radiologo • Radiologo (vaikų) • Stebėjimo paslaugos suaugusiesiems • Stebėjimo paslaugos vaikams • Urologo • Vaikų ligų gydytojo • Vaikų oftalmologo • Vidaus ligų gydytojo
Dienos stacionaro paslaugos	*Dienos stacionaro paslaugos* Terapijos	*Dienos stacionaro paslaugos* Terapijos
Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos • Abdominalinė chirurgija • Akušerija • Chirurgija • Chirurgija (vaikų) • Dienos chirurgija • Ginekologija • Negalinčių savęs aptarnauti	*Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Abdominalinė chirurgija • Akušerija • Chirurgija • Chirurgija (vaikų) • Dienos chirurgija • Ginekologija • Negalinčių savęs	*Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Abdominalinė chirurgija • Akušerija • Chirurgija • Chirurgija (vaikų) • Dienos chirurgija • Ginekologija • Negalinčių savęs

ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas • Neonatologija • Nėštumo patologija • Oftalmologija - otorinolaringologija • Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas • Ortopedija - traumatologija • Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus • Pediatrija • Reanimacija • Reanimacija (teikiama suaugusiesiems ir vaikams) • Sepsis • Slauga ir palaikomasis gydymas • Suaugusiųjų paliatyvioji pagalba, teikiama stacionare • Terapija • Vaikų ligos • Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas	aptarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas • Neonatologija • Nėštumo patologija • Oftalmologija - otorinolaringologija • Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas • Ortopedija - traumatologija • Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus • Pediatrija • Reanimacija • Reanimacija (teikiama suaugusiesiems ir vaikams) • Sepsis • Slauga ir palaikomasis gydymas • Suaugusiųjų paliatyvioji pagalba, teikiama stacionare • Terapija • Vaikų ligos • Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas	aptarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas • Neonatologija • Nėštumo patologija • Oftalmologija - otorinolaringologija • Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas • Ortopedija - traumatologija • Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus • Pediatrija • Reanimacija • Reanimacija (teikiama suaugusiesiems ir vaikams) • Sepsis • Slauga ir palaikomasis gydymas • Suaugusiųjų paliatyvioji pagalba, teikiama stacionare • Terapija • Vaikų ligos • Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas
	Am.r.I - ambulatorinė reabilitacija I Teikiamos vaikams ir suaugusiems *Am.r.II - ambulatorinė reabilitacija II* Teikiamos vaikams ir suaugusiems	*Am.r.I - ambulatorinė reabilitacija I* Teikiamos vaikams ir suaugusiems *Am.r.II - ambulatorinė reabilitacija II* Teikiamos vaikams ir suaugusiems

VšĮ Lazdijų ligoninė teikiamų paslaugų nomenklatūros pokytis.

Šaltinis: sudarytas autorės, remiantis Vilniaus TKL

3 PRIEDAS

VšĮ Širvintų ligoninė teikiamų paslaugų nomenklatūros suvestinė

2009	2010	2011
	Ankstyvosios diagnostikos ir prevencinių priemonių programų paslaugos • Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa; • Gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu	*Ankstyvosios diagnostikos ir prevencinių priemonių programų paslaugos* • Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa; • Gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu
Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos • Akušerio - ginekologo • Anesteziologo - reanimatologo • Chirurgo • Dermatovenerologo • Echoskopuotojo • Endokrinologo • Endoskopuotojo • Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo • Kardiologo • Neurologo • Oftalmologo • Ortopedo traumatologo • Otorinolaringologo • Pulmonologo • Radiologo • Radiologo (vaikų) • Stebėjimo paslaugos suaugusiesiems • Stebėjimo paslaugos vaikams • Urologo • Vaikų ligų gydytojo • Vaikų ortopedo	*Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Akušerio - ginekologo • Anesteziologo - reanimatologo • Chirurgo • Dermatovenerologo • Echoskopuotojo • Endokrinologo • Endoskopuotojo • Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo • Kardiologo • Neurologo • Oftalmologo • Ortopedo traumatologo • Otorinolaringologo • Pulmonologo • Radiologo • Radiologo (vaikų) • Stebėjimo paslaugos suaugusiesiems • Stebėjimo paslaugos vaikams • Urologo • Vaikų ligų gydytojo • Vaikų oftalmologo	*Antrinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Akušerio - ginekologo • Anesteziologo - reanimatologo • Chirurgo • Dermatovenerologo • Echoskopuotojo • Endokrinologo • Endoskopuotojo • Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo • Kardiologo • Neurologo • Oftalmologo • Ortopedo traumatologo • Otorinolaringologo • Pulmonologo • Radiologo • Radiologo (vaikų) • Stebėjimo paslaugos suaugusiesiems • Stebėjimo paslaugos vaikams • Urologo • Vaikų ligų gydytojo • Vaikų oftalmologo

traumatologo • Vidaus ligų gydytojo	• Vaikų ortopedo traumatologo • Vidaus ligų gydytojo	• Vaikų ortopedo traumatologo • Vidaus ligų gydytojo
	Dienos stacionaro paslaugos • Onkologijos • Terapijos	*Dienos stacionaro paslaugos* • Onkologijos • Terapijos
Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos • Chirurgija • Chirurgija (vaikų) • Dienos chirurgija • Ginekologija • Negalinčių savęs aptarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas • Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas • Ortopedija - traumatologija • Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus • Pediatrija • Reanimacija • Reanimacija (teikiama suaugusiesiems ir vaikams) • Sepsis • Slauga ir palaikomasis gydymas • Terapija • Vaikų ligos • Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas	*Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Dienos chirurgija • Negalinčių savęs aptarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas • Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas • Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus • Pediatrija • Reanimacija (teikiama suaugusiesiems ir vaikams) • Slauga ir palaikomasis gydymas • Terapija • Vaikų ligos • Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas	*Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos* • Dienos chirurgija • Negalinčių savęs aptarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas • Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas • Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus • Pediatrija • Reanimacija (teikiama suaugusiesiems ir vaikams) • Slauga ir palaikomasis gydymas • Terapija • Vaikų ligos • Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas

VšĮ Širvintų ligoninė teikiamų paslaugų nomenklatūros pokytis.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Vilniaus TLK

4 PRIEDAS

Kokybinio tyrimo interviu transkripcija

Respondentas Nr. 1.

1. Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?

Kol kas tik einama prie aktyvaus bendradarbiavimo. Pavadinčiau netgi ne bendradarbiavimu, o reformos „nuleidimu“ iš viršaus, be galimybės pasipriešinti. Ir tai, kaip sakote, bendradarbiavimas, labiau vyksta tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir valstybės institucijų vykdant restruktūrizaciją, nei tarp savivaldybės ir valstybinių įstaigų. Savivaldybės daugeliu atveju, sprendžiant sveikatos restruktūrizacijos klausimus, nusišalina nuo bet kokių veiksmų, viską palinkdamos ligoninių vadovams. Šiuo atveju ligoninių vadovai lieka tarp dviejų ugnių: ministerija aklai vykdo savo numatytą reformą - visiškai neįsigilina į rajono sveikatos priežiūros įstaigų galimybes, mažina finansavimą, taip priversdamos bankrutuoti ligonines. O savivaldybės taryba spaudžia, kad paslaugos teiktume kuo geresnes, saugesnes, pigesnes, mažintume darbo užmokesčio fondą, visiems ligoniams atliktume kone visus brangiausius tyrimus, tačiau visiškai nesidomi, kad paslaugų ir taip suteikiame žymiai daugiau, nei mums sumoka ligonių kasa. O jeigu mažinsim darbo užmokestį – visi gydytojai ir daugelis slaugytojų pabėgs į kitas ligonines. Jau nuo 2010 m. balandžio mėnesio, kai uždarėme chirurgijos skyrių ir netekome reanimacijos II paslaugų apmokėjimo, kas mėnesį suteikiame paslaugų daugiau keliasdešimčia tūkstančių, o ligonių kasa mums išrašo sąskaitą tik pagal sutartinę sumą. Dar gerai, kad šiuos pastaruosius du metus bent metų pabaigoje grąžindavo nesumokėtus mums už suteiktas paslaugas pinigus, bet šiemet jau sako, kad negrąžins, nes nėra sveikatos fondo biudžete lėšų. Mano nuomone joks čia ne bendradarbiavimas, tai tiesiog paleistas ministerijos buldozeris prieš mažas ligonines ir tiek. Tik blogai, kad nenukerta visko iš karto, leidžia mums merdėti. Užkrauna ant ligoninių vadovų pačią didžiausią naštą – sunaikinti savo įstaigas ir atleisti darbuotojus.

2. Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?

Sunku pasakyti ar įtvirtinta sąveika tarp valstybės ir savivaldybių ir, ar yra konkretus modelis. Ministerijos lygiu įtvirtinta tiek, kiek yra pakeisti įstatymai. Iš tikrųjų tai sveikatos priežiūra yra prioritetinė sritis politikos lygmenyje, todėl jie ir bando manipuliuoti ja prieš rinkėjus. O savivaldybė, manau, turėtų būti aktyvesnė sprendžiant rajono sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nors dalinai finansuoti kai kurias ligoninėje teikiamas paslaugas. Geras klausimas, bet gal jis turėtų būti skirtas savivaldybės politikams ir ministerijai, o ne ligoninių vadovams.

3. Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?

Vykdant sveikatos priežiūros reformą, situacija gerėja pirminės sveikatos priežiūros sistemos ir tretinio lygio respublikinių ligoninių atžvilgiu. Pagrindiniuose Lietuvoje galiojančiuose teisės aktuose atsižvelgta į Europos Sąjungos prioritetus, kurie numato plėsti ambulatorines paslaugas bei centralizuoti į didžiąsias klinikas daugelį stacionarinių paslaugų, rajonuose paliekant tik ambulatorinę pagalbą bei palaikomojo gydymo ir slaugos ligonines. Taip buvo įgyvendintas pirmas restruktūrizacijos etapas, kai poliklinikose nebeliko terapeutų ir pediatrų, o paslaugas teikti pradėjo bendrosios praktikos arba šeimos gydytojai. Po antro restruktūrizacijos etapo neliko

akušerinės pagalbos kai kuriose rajonuose, tame tarpe ir mūsų, o sudėtingiausios sveikatos priežiūros paslaugos pasiskirstė tarp trijų Lietuvos klinikų: Vilniaus Santariškių ir Kauno universitetinių klinikų ir Vilniaus greitosios pagalbos ligoninės. Taip buvo įgyvendintas uždavinys centralizuoti brangiąsias paslaugas. Įgyvendinus trečiąjį restruktūrizacijos etapą, sveikatos priežiūros įstaigos pasiskirsto į respublikines, regionines ir rajonines ligonines, kai rajoninėse ligoninėse praktiškai turi likti tik slauga. Visiškai kita situacija yra pirminėje sveikatos priežiūroje, tai prioritetinė sritis, gaunanti didelį finansavimą, įvairią ES fondų paramą ir kt. Mes patekome į tą 10 ligoninių, kuriose turėtų likti tik slauga. Buvome priversti uždaryti chirurgijos skyrių bei operacinę, nors 2008 – 2009 m. atlikome remontą, už savivaldybės lėšas nupirkome geriausią tam metui operacinės įrangą. Šis projektas kainavo maždaug 2 milijonus litų. Suremontuota ir įrengta operacinė veikė lygiai 9 mėnesius ir 2010 m. balandžio mėnesį viską uždarėme. Na sakykite, argi tai ne ministerijos neūkiškumas, ne lėšų švaistymas. Jeigu žinojo, kad mus uždarys, tai kam pasirašė projektą, kam skyrė dalį lėšų remontui ir įrangos įsigijimui, kuri dabar stovi ir sensta. Kol kas mums pavyksta išlaikyti reanimacijos paslaugas iš savo lėšų, nes ligonių kasos už jas nebemoka nuo 2010 m. liepos mėn. Reanimacija yra brangi paslauga, bet ką darysi, be jos mūsų teikiamos terapijos ir neurologijos paslaugos būtų nesaugios, gydytojai nesutiktų dirbti vieni be reanimatologų. Šiuo atveju savivaldybė galėtų finansuoti reanimacijos paslaugas, juk tai rajono gyventojų, jų rinkėjų, labui. Ne viena kartą kreipiausi su raštais į buvusį merą ir jau dabartiniam esu rašiusi, kad skirtų lėšų, padėtų išgyventi. Bet jokio atsako nėra. Taigi, taip ir sprendžiami reformos uždaviniai – viskas ant įstaigos vadovo pečių užkrauta. Ką bedarytum vis vien liksi blogas: vykdysi reformą - kentės rajono žmonės, nevykdysi – kentės kolektyvas.

4. Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?

Valstybės požiūris į sveikatos sistemos reforma vienareikšmiškas: uždaryti mažas rajonų ligonines. Ministerija visą dėmesį ir didžiausią finansavimą skiria respublikinėms ligoninėms, po to pirminei sveikatos priežiūros grandžiai, tada regioninėms ir kas lieka atitenka rajoninėms ligoninėms. Manau valstybė skiria pakankamai dėmesio reformai, o finansavimas yra gerokai apkarpytas. Kas dėl savivaldybių – tai jos kaip butaforiniai laivai. Mes, tai tų 10 ligoninių vadovai, einam kryžiaus kelius kovodami su ministerija dėl ligoninių, bent jau tokių kokios jos šiai dienai yra, išlikimo. Kreipėmės raštais į savivaldybių tarybas, merus, į savivaldybių asociaciją, į Seimo sveikatos komitetą, į ligonių kasas su prašymais, reikalavimais ir ne vieną kartą. Deja, atsako nėra. Kad ir paskutinis įvykis: uždarius chirurgijos skyrius buvo paliktas priėmimo skubios pagalbos postas, jam išlaikyti skirtas finansavimas. Ministerija nuo šių metų sausio 1 d. nusprendė, kad geriau lėšas, skirtas šiai paslaugai apmokėti, skirti greitosios medicinos pagalbos pervežimams, nei toliau finansuoti šias paslaugas ligoninėse. O kas mus, ligoninių vadovus, informuos? Juk dar vienos paslaugos išlaikyti iš savo lėšų nesugebėsim, vadinasi reikia atleisti gydytojus, teikusius šias paslaugas. O kaip tai padaryti? Juk finansavimo jau nėra, kompensavimo tvarka ministerijoje nenumatyta, o išeitines mokėti reikia. Ir negalim taip paprastai atleisti žmonių, darbo kodeksas įpareigoja laikytis terminų, vadinasi, turėsime mažiausiai du mėnesius veržtis diržus, sumokėti atlyginimą atleidžiamiems darbuotojams ir dar po to išmokėti išeitines kompensacijas.

Kas dėl savivaldybės – tai ji užėmė stručio poziciją ir visą atsakomybę suverčia vadovui: nesugebėjai, neišreikalavai, per vėlai kreipeisi.... O juk būtent savivaldybė yra įstaigos steigėjas, be jos suderinimo nieko negalime daryti, jokių struktūrinių pakeitimų negalim padaruti savivaldybei nepritarus. Būtent savivaldybė turėtų prisiimti didžiausią atsakomybę vykdant reformą. Deja, mūsų atveju taip nėra.

5. Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?

Labiau centralizuota visais atžvilgiais, juk finansuojama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo. Savivaldybė ne kiekvienais metais skiria lėšų. O jei ir skiria, tai labai nedaug ir tos lėšos yra tikslinės – šilumos kainai padengti. Skyrė lėšų operacinės įrangai, deja ji stovi nenaudojama, o savivaldybė delsia leisti ją parduoti, šiuo požiūriu, gal kiek decentralizuota. Atsiskaitomybė irgi decentralizuota: atsiskaitome ministerijai, savivaldybei, ligonių kasom. Manau, tai tikrai problema: trys auklės ir vaikas be galvos. Manau turėtų būti taip: kas finansuoja – tam atsiskaitai. O dabar – finansuoja ligonių kasos, steigėjas – savivaldybė, o kontrolę atlieka kas tik netingi: viešųjų pirkimų tarnyba, visuomenės sveikatos centras, veterinarinė tarnyba, akreditacijos tarnyba, darbo inspekcija, ta pati savivaldybė, ligonių kasos.... ir visoms toms įstaigoms turime atsiskaityti, vienoms pagal vieną veiklą, kitoms pagal kitą.

6. Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.

Programų bei projektų yra daug, kartais sunku susigaudyti ir suspėti pildyti dokumentus joms. Kadangi esame savivaldybės įstaiga, tai dalyvaujame tik valstybinėse projektuose, finansuojamuose iš ES lėšų. Dalyvaujame Rytų Lietuvos kardiologijos projekte, kurio dėka gavome ir įrengėme kardiologijos kabinetą su echoskopu, vaizdo perdavimo ir kita reikalinga aparatūra, parengėme specialistus. Šiuo metu jau pradedame įgyvendinti projektą, skirtą palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus renovacijai, darbai prasidės vasarą. Dalyvavome ir gavome įrangą pagal priėmimo skubios pagalbos įrangos atnaujinimo ir priėmimo skubios pagalbos paslaugų teikimo gerinimo programą, iš jos gavome naują vežimėlį, operacinį stalą, skaitmeninį endoskopijos aparatą, kilnojamą echoskopą. Dar esame partneriai vykdomo projekto finansuojamo iš ES lėšų, tai elektroninės ligos istorijos bei sveikatos apskaitos įgyvendinimo sveikatos priežiūros įstaigose. Visa tai gerina įstaigos teikiamas paslaugas, jos tampa labiau prieinamos ligoniams, jiems nereikia važiuoti į kitus miestus. Gerina pačios įstaigos įvaizdį. Beabejos, šiuo atveju tai teigiamas reformos rezultatas.

7. Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?

Manau, kad ne visos. Ir apskritai nėra tos sąveikos tarp valstybės ir savivaldybių, būtent sveikatos priežiūros sistemos srityje. Ministerija „nuleidžia“ įsakymus, o savivaldybė tik pritaria vykdomai sveikatos priežiūros sistemos reformai ir giliau nesigilina, viską palieka spręsti pačiom įstaigom, taip visiškai nusiimdamos nuo savęs atsakomybę dėl pasekmių.

8. Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?

Taip, manau įtaka yra ir ne tik sveikatos priežiūros sistemos reformoje. Jau kuris laikas ligonių kasos direktorius vis perša nuomonę dėl mūsų ligoninės susijungimo su Ukmergės ligonine, neva taip išsaugotume paslaugų apimtis, kad Ukmergės chirurgai atvažiuotų operuoti ir t. t. Praeitos kadencijos savivaldybės meras ėjo žygius dėl susijungimo su greitosios pagalbos ligonine. Šiai dienai rajone išlikom savivaldybės viešosios įstaigos tik ligoninė ir poliklinika. Kitos gi įstaigos:

teismas, policija, kelių tarnyba perėjo Ukmergės savivaldybės ir Vilniaus rajono savivaldybės žinion. Rajone vis dažniau pasigirsta kalbos, kad Vyriausybės politika yra vedami link Širvintų rajono panaikinimo, kaip kad buvo prieškarinėje Lietuvoje ir maždaug iki penkiasdešimtųjų metų. Manau, ateityje rajono kaip po tokio neliks. O finansavimo srityje korupcija tikrai yra. Sprendžiu iš to, kad didesnėms įstaigoms turinčioms daugiau įtakos ir finansavimas skiriamas didesnis, jos turi galimybę dalyvauti daugelyje projektų, gauti ES lėšas.

Respondentas Nr. 2.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Nei skyrė pakankamai dėmesio, nei dabar skiria. Situacija keičiasi tik informacinių technologijų dėka. Informacijos prieinamumas visuomenei sudaro sąlygas domėtis sveikatos priežiūros sistemos reforma, jos teikiamomis galimybėmis. Mūsų rajone tai dar neaktualu, bet tarkim Vilniaus savivaldybė sudariusi sąlygas per savo elektroninius vartus prieiti prie sveikatos priežiūros registracijos pas gydytojus ir prie informacijos aktualiausias sveikatos priežiūros klausimais. Manau tai ir yra sąveikos proceso dalis.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Bandoma įtvirtinti, bet to kas daroma ne viskas yra naudinga žmonių labui, gal greičiau yra suinteresuotų žmonių bendradarbiavimas savo tikslams pasiekti. Šiuo atveju pirminė sveikatos priežiūros grandis yra geresnėje vietoje nei stacionarai. Mūsų finansavimas priklauso nuo prisirašiusiųjų skaičiaus, nuo vykdomų prevencinių programų skaičiaus ir mokamas iš PSDF. Savivaldybė pagal panaudos sutartį nuomoja mums patalpas, tvirtina veiklos ataskaitas ir struktūrą. Manau sąveika sveikatos sistemoje įtvirtinta: už ką gaunam finansavimą, tokią struktūrą savivaldybė tvirtina. Tai toks ir modelis: ką įstaiga sugeba atlikti, tą aukščiau stovinčios institucijos tvirtina.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?*

Sveikatos priežiūros reformos uždaviniai vykdomi: plečiama pirminė ambulatorinė pagalba, visuomenė supažindinama su ligų prevencija, vykdomos įvairios prevencinės programos. Gaila, kad žmonių sąmoningumas savo sveikatos atžvilgiu rajone, palyginus su didmiesčiu, yra labai mažas. Vienetai ateina profilaktiškai pasitikrinti patys, neverčiami darbdavio, o didžioji dauguma tik susirgę, ir iš karto reikalauja stacionarinės priežiūros. Manau vykdoma reforma yra teisinga, tik mūsų žmonės yra dar ne visai sąmoningi tai suprasti.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Dėmesio sveikatos priežiūros reformai užtenka, o išteklių trūksta. Ir ne tik finansinių. Trūksta žmogiškųjų išteklių, ypatingai rajonuose. Nenori jauni gydytojai važiuoti į provinciją. Pirminėje sveikatos priežiūroje lėšos pasiskirsto kiek kitaip nei stacionare, todėl pagrindinė problema lieka socialinio pobūdžio. Mano manymu, valstybė skiria pakankamai lėšų, o savivaldybė savo sąveikos dalies čia neatlieka. Manau, ne kas kitas, o savivaldybė turėtų pasirūpinti jaunų

specialistų socialinių, pirmiausiai būsto problemos, išsprendimu, bendra miesto infrastruktūros plėtra ir kt., kad į rajoną pritrauktume jaunų specialistų, kad jie nebijotų provincijos.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Taip, perkrautas atsiskaitymas dėl veiklos yra problema tiek sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek savivaldybėms. Finansavimo atžvilgiu vykdomas centralizuotas modelis: pagrinde iš PSDF lėšų ir iš prevencinių programų. Na valdymą taip pat priskirčiau centralizuotam, nes pagrinde vadovaujamės SAM ir ligonių kasų teisės aktais. Ataskaitų ruošiame labai daug, pateikiame įvairiausioms institucijoms ir neaišku kokia iš to nauda. Tai visiška decentralizacija, mūsų laiko ir jėgų švaistymas, nes tik finansinės ir statistinės ataskaitos parodo įstaigos veiklą, kam kitos, neaišku.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Taip, jau pakankamai yra įvykdytų programų, kad būtų akivaizdūs rezultatai. Pirma, tai prevencinės vėžio profilaktikos, kurias rėmė ir savivaldybė, informacijos pateikimas ir jos prieinamumas gyventojams, turiu omenyje registraciją pas šeimos gydytoją. Visos programos ir projektai atneša naudos tiek įstaigoms tiek pacientams. Vienų projektų dėka pagerėja darbo sąlygos, kitų – paslaugos pacientams, trečiu – ir vieni ir kiti patiria akivaizdžią naudą. Esame dalyvavę daugybėje projektų: dėl paslaugų, dėl remonto. Sunku visas išvardinti. Vieną galiu pasakyti, projektų ir programų rezultatai teigiami, kitu atveju kam juose dalyvauti.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Ne, toli gražu ne visos. Visada yra niša kur tobulėti, kaip kad ir sakiau, specialistų paskirstyme, jų pritraukime į rajoną – tobulėti ir tobulėti tiek valstybei, tiek savivaldybėms. Veiklos sričių nustatyme, projektų vykdyme, sveikos gyvensenos ir dar begalėje su sveikata susijusių sričių savivaldybės, kaip steigėjai privalo atstovauti savo įstaigas valstybėje. Deja, patirtis ne tokia optimistinė.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Tikrai jaučiama tam tikrų institucijų įtaka gauti finansavimą, ypač privačios medicinos atžvilgiu. Finansavimas tikrai įtakotas, jei ne institucijų, tai tam tikrų asmenų.

Respondentas Nr. 3.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Mano nuomonė vienareikšmiška, tik reforma padėjo ateiti privačiai medicinai, sukūrė konkurenciją tarp valdiškų įstaigų ir privačių, pritraukė pacientus, o tuo pačiu ir lėšas. O dėl

valstybės ir savivaldybių bendradarbiavimo, manau privačiai medicinai tai aktualu tiek, kiek reikalinga išnuomoti patalpas veiklai ir gauti leidimus. O kadangi vis labiau privati medicina įsigali, o ir vyriausybė remia privačias investicijas, tai tas bendradarbiavimas po truputėlį vystosi.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Tarp valstybės ir privačių sveikatos įstaigų bendradarbiavimas įtvirtintas. Tarp privačių ir savivaldybės – taip pat. O dėl savivaldybė ir valstybės, na gal ir įtvirtintas, juk valstybė dalį funkcijų perleidusi savivaldybių žinion, bet ar tos funkcijos yra konkrečiai susijusios su sveikatos priežiūros sistemos reforma negaliu pasakyti. Mano darbe tai neaktualu.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?*

Visoje Lietuvoje didžiausias dėmesys skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, kurios teikimo vieni iš atstovų esame ir mes, tai yra privati medicina. Pirminė plečiama, antrinė koncentruojama į dideles sveikatos priežiūros įstaigas. Mes šiuos uždavinius sprendžiame paprastai: ieškome specialistų, sudarome geras darbo sąlygas, stengiamės savo paslaugomis pritraukti pacientus ir tiek.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Papildomą finansavimą sveikatos priežiūra gauna iš ES lėšų per projektų įgyvendinimą, tačiau pagrindinis finansavimo šaltinis visgi išlieka vyriausybė. Žiūrint kokia mūsų ligoninės būklė, akivaizdu, kad nepakankamai. Privačiau medicinai bei poliklinikoms šiuo atveju geriau: privati medicina gauna lėšų, jeigu sudaroma sutartis su ligonių kasa iš valstybės ir dar gauna lėšų už aptarnavimą iš pačių pacientų. O poliklinikos yra prioritetinės sritys, todėl joms skiriamas taip pat pakankamas finansavimas.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Privačioje medicinoje santykyje su valstybe veikia decentralizuotas valdymo modelis. Valstybė tik iš dalies padeda išsilaikyti sveikatos priežiūros sistemos rinkoje. Tai nėra problema. Tiesiog jeigu nori būti konkurencingas, privalai pats rūpintis savo finansavimo šaltiniais, tinkamai teikti paslaugas, jas reklamuoti, įteikti savo klientams ir pan.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Taip, programų užtektinai yra įvykdyta, kad matytųsi teigiami reformos rezultatai. Prevencinių programų metu išaiškėjo daugybė susirgimų, kuriuos laiku nustačius, baigtis pasidarė teigiama, letališkumas ženkliai sumažėjo. Vyriausybė rėmė šias programas, ypač vėžio profilaktikos ir

cukrinio diabeto. Gydytojai buvo skatinami išaiškinti pirminius ligos simptomus, juos tinkamai fiksuoti ir už tai gaudavo papildomą finansavimą ne kaip įstaiga, o kaip konkretus asmuo, kaip konkretus gydytojas. Tai turėjo teigiamą tendenciją ir postūmį darbe.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Ne, galimybių visada yra, tik jas reikia atrasti.

8. *Kokia Jūsų nuomonė apie gebėjimus pasinaudoti ES teikiamomis paramos galimybėmis savivaldybėje sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu?*

Savivaldybė turėtų dėmesį skirti ne tik sveikatos priežiūros įstaigoms ir jas remti, bet vykdyti ir socialinius projektus, nukreiptus sveikos gyvensenos arba sveikatinimo veiklos link.

9. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Nuo politinės valios priklauso kaip greitai įgyvendinama sveikatos priežiūros restruktūrizacija. Ir finansavimas priklauso nuo to, valdantieji remia struktūrines reformas, ar linkę viską paleisti savieigai ir žiūrėti kas iš to išeis. Savivaldybės daugeliu atveju laikosi neutralumo pozicijos.

Respondentas Nr. 4.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Jinai dar neįgavo prioriteto. Nei praeitos kadencijos metu, nei dar anksčiau, į bendradarbiavimą su vyriausybe, planuojant sveikatos priežiūros reformą, nebuvo kreipiamas reikiamas dėmesys. To pasekmę dabar ir turime: nėra chirurgijos paslaugų, minimali reanimacija ir, kaip girdėjau, ruošiama panaikinti priėmimo skubios pagalbos skyrių.
Taip, esame steigėjai, tačiau nevisagaliai, kas jau padaryta pakeisti neįmanoma, dabar reikėtų išsaugoti kas yra likę.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Sąveika neįtvirtinta, modelis neužtikrintas. Tik deklaruojama valstybiniu mastu, o kad būtų įtvirtinta, reglamentuota – nėra. Yra savivaldybių įstatymas, kuris numato tam tikrą veiklą sveikatos priežiūros sistemos srityje. Tačiau ta veikla daugiau organizacinio, bendro pobūdžio nei planuojant ar vykdant reformas. Nepakanka dėmesio, išteklių, informacijos, bet didžiausia problema yra finansavimas. Visgi savivaldybė negali sau leisti finansuoti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas. Šią funkciją atlieka vyriausybė per ligonių kasas. Savivaldybių biudžete nėra numatoma lėšų struktūrinėms sveikatos priežiūros reformoms. Reforma numato ir vykdo vyriausybė, savivaldybės tik tvirtina struktūrą.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?*

Teisės aktai sukurti, tačiau realybė kitokia. Reformai trūksta lėšų, skaidrumo, visuomenės informavimo. Didžiausias dėmesys pirminei grandžiai, o antrinė – mažinama, uždaroma. Tačiau tai veiksminga didmiestyje, kaimo vietovėje tai sunkiai įgyvendinama: sunku atvykti, sunku grįžti, nes autobusų grafikas derinamas su darbo valandomis. Atvykę pas gydytojus turi pralaukti laiką iki grįžimo namo poliklinikoje arba lauke. Tokiu atveju išankstinės registracijos nauda nublanksta: vis vien turi atvažiuoti anksti ryte ir grįžti tik po pietų. Pasakysite, savivaldybės reikalas tai spręsti – mes ir sprendžiame tik suderinti nesuderinamų sričių vis tiek neįmanoma. Manau reforma yra kiek ankstoka, ne pagal mūsų pragyvenimo lygį, o ypatingai krizės metu. Viskam trūkstant lėšų, sveikatos apsauga turėtų būti prieinama kaimo gyventojams. Vyriausybė turėtų lėtinti sveikatos reformos tempą bent jau iki ekonominio sunkmečio pabaigos.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Valstybė skiria per mažai lėšų. Suprantu, kad reforma neišvengiama, tačiau ji turi būti vykdoma palaipsniui, valstybė turėtų atkreipti dėmesį į steigėjo pageidavimus ir nenuleisti reformos aklai, vien tik todėl kad įstaiga yra taktiškai nenaudingoje vietoje: arti Vilnius ir Ukmergės, kur yra sukoncentruotos visų lygių sveikatos priežiūros sistemos paslaugos. Vilniaus mieste yra dar daugiau ligoninių ir atstumai mažesni nei, kad Širvintų rajono gyventojams pasiekti centrą, o ką jau kalbėti apie nuvykimą į kitus miestus ir grįžimą atgal. Taip nutiko dabar su greitąją medicinos pagalba: ji ligonius, ypatingai naktį, nuveža iki kitų mietų ligoninių ir palieka, nes privalo grįžti į savo zoną. Bet, jeigu ligonio neguldo į ligoninę, jis naktį turi parsirasti namo. Kaip jam tai padaryti? Ministerija vykdo reforma, nepasitarusi su kitom institucijos, atsiranda problemos, kurių išspręsti negali nei ministerija, nei savivaldybės. Manau į lėšas reikia žiūrėti plačiau: ne tik į sutaupytas uždarius sveikatos priežiūros įstaigas, bet ir į lėšas pervežimams, darbuotojų perkvalifikavimui, pagaliau atsižvelgti į socialines rajono problemas. Rajone nėra pramonės įmonių, verslas menkai išvystytas, aukštas bedarbystės lygis, vyriausybės vykdoma reforma dar labiau blogina gyventojų padėtį. Vyriausybė, prieš priimdama kardinalius sprendimus, turėtų aptarti socialines rajonų problemas ir įsitikinti, kad jų vykdymas nediskriminuos rajono gyventojų.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Tai, kad sveikatos priežiūra finansuojama iš PSDF biudžeto per ligonių kasas ir reforma įgyvendinama būtent per finansavimo mažinimą yra didžiausia problema. Valstybės interesus atstovaujanti įstaiga mažina finansavimą, o savivaldybėms primetama prievolė įvykdyti struktūros pakeitimus. Vis gi savivalda yra arčiausiai savo rinkėjų ir, liaudiškai kalbant, ligoninių uždarymas rajono gyventojams atrodo politiškai blogas sprendimas, pakertantis pasitikėjimą rajono valdžia, nes ji turėtų priimti nepopuliarius sprendimus, taip sukeldama visuomenės nusistatymą rajono valdžios atžvilgiu. Niekas nenori prarasti rinkėjų pasitikėjimo, todėl daugeliu atveju sprendimai dėl reformos įgyvendinimo perleidžiami ligoninių vadovams ir jie lieka savotiški „atpirkimo ožiai“ šioje situacijoje. Manau, tai centralizuotas modelis visais atžvilgiais tik kai kurios funkcijos yra perleistos savivaldybės žiniai.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Gal ir užtektų tų programų, svarbiausia kad jos būtų koordinuojamos, kad nesikartotų situacijos, panašios kaip atsitiko su chirurginės įrangos pirkimu prieš tris metus, kuomet buvo prašoma padėti atnaujinti įranga, patalpas suremontuoti, išleista per 2 mlj. litų, o aktyviai viskas veikė vos 9 mėn. Savivaldybė pirko įrangą, ją pagal nuomos sutartį perleido 30 metų naudoti ligoninei, o po kelių mėnesių viskas pasibaigė. Įranga stovi nenaudojama, ligoninės vadovė neprisiima jokios atsakomybės spręsti šį reikalą. Taip brangi įranga stovi nenaudojama be šeimininko. Tokių atvejų neturėtų būti. Valstybė, planuodama reformą, turėtų konkrečiau nurodyti uždavinius ir labiau kontroliuoti lėšų skirstymą. Ministerija turi sukaupti visą informaciją apie vykdomas programas ir projektus, analizuoti, pateikti ryšį tarp programų, kontroliuoti. Sprendžiant iš mūsų ligoninės atvejo rezultatai ne visada yra teigiami.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Tikrai ne visos. Valstybė tokias sritis, kaip švietimas, sveikatos apsauga laiko daugiau savo žinioje, o savivaldybės dalyvauja procese tik iš dalies, kaip steigėjai tik tvirtindamos veiklos ataskaitas ir struktūrą, darbo užmokestį. Kita nelabai gali, nes pačios savivaldybės biudžetas yra ribotas ir, kaip kartais pasigirsta kalbų, tikrai negalime sau leisti finansuoti tų paslaugų, už kurias nemoka ligonių kasos iš PSDF biudžeto. Mano manymu trūksta viešumo, priimant politinius sveikatos priežiūros sistemos struktūros pakeitimus. Na kad ir dabartinis sveikatos apsaugos ministras, atsiribojęs nuo visų, nepriima interesantų. Praeitos kadencijos mūsų savivaldybės taryba ne vieną kartą bandė susitikti su ministru, aptarti rajono reikalus sveikatos priežiūros atveju – nepriėmė. Taigi, savivaldybė nelabai ką ir gali.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Taip, įtaka yra ir nemaža. Jau keleri metai, kai bandoma įteikti mintį susijungti su Ukmergės savivaldybę, sprendžiant daugelį savivaldos klausimų. Galiu pasakyti, kad vykdant teismų reformą, teismas persikėlė į Ukmergę, policija taip pat prijungta prie Ukmergės, regiono keliai perėjo Vilniaus rajono savivaldybės žinion, nuo š. m. balandžio mėn. nelieka elektros tinklų – prijungiami prie Vilniaus zonos. Vis labiau matoma tendencija, jog susijungimas neišvengiamas ir tai yra tikrai ne mūsų rajono savivaldos iniciatyva. Valstybės politikų nuomone, rajonas mažas nėra jame pramonės, nėra perspektyvos, nereikalingas papildomas finansavimas, rentabiliau būtų sveikatos priežiūrą palikti tik pirminę, nes rajonas yra geroje taktiškoje vietoje, šalia Vilniaus kur sutelktos visos sveikatos priežiūros paslaugos ir šalia yra didelė regioninė Ukmergės ligoninė, kurioje taip pat suteikiama daugelis paslaugų. Tik niekas nekreipia dėmesio, kad labai nepatogus susisiekimas su Ukmerge ir patys rajono gyventojai labiau linkę vykti į sostinę.

Respondentas Nr. 5.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Savivaldybės yra steigėjos savo rajonuose esančių visų sveikatos priežiūros įstaigų ir privalo dalyvauti ir prisiimti atsakomybę už jų teritorijoje vykdomas struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas. Deja, negalėčiau teigti, kad mūsų aptarnaujamoje zonoje esančių savivaldybių tarybos ar administracijos aktyviai dalyvautų reformoje. Be abejo, pavieniai bandymai atskirose savivaldybėse yra, ir tai labai sveikintinas dalykas. Problema išlieka ta, kad, savivaldybei aktyviau dalyvaujant planuojant ir vykdant reformą, visuomenės pasipriešinimas yra didesnis, nei tada, kai reforma liaudiškai tariant yra „nuleidžiama iš viršaus“. Visuomenė visada įžiūri įtarimus arba galimus savivaldybės korupcijos atvejus. Dėl to savivaldybės linkusios nedalyvauti sprendžiant struktūrines sveikatos priežiūros reformas. Tai dvi to pačio medalio pusės: viena – savivaldybės yra steigėjos ir todėl privalo aktyviai dalyvauti reformoje, kita – dėl politinių priežasčių vengia priimti nepopuliarius sprendimus sveikatos reformos atžvilgiu ir taip prarasti rinkėjų pasitikėjimą.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Valstybiniu lygmeniu įtvirtinta, o savivaldybių – kuriama ir jinai plėsis, bet praktinio įgyvendinimo modelio dar nėra. Neužtenka turėti vien teisės aktus, kad sąveika funkcionuotų, reikia turėti labai konkrečius įgyvendinimo planus, kad visiems šio proceso dalyviams būtų aiškiai apibrėžtos funkcijos, atsakomybė, būtų aišku, kas ką konkrečioje situacijoje turi daryti. Šiai dienai to labai trūksta. Yra teigiamų, sektinų pavyzdžių. (Gal galėtumėte įvardinti?) Tai Vilniaus miesto savivaldybės pozicija sveikatos priežiūros reformos atžvilgiu, aktyviai bendradarbiauja Elektrėnų, Druskininkų, Lazdijų savivaldybės tiek su mumis, tiek su savo rajonų sveikatos priežiūros įstaigų vadovais, padeda priimti sprendimus, rūpinasi savo gyventojų sveikatos priežiūra. Apie kitas savivaldybes negalėčiau to teigti.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų aptarnaujamoje zonoje?*

Teisės aktų parengta pakankamai ir jie užtikrina sveikatos priežiūros reformos tęstinumą. Tačiau įgyvendinimo srityje viskas kiek kitaip. Susiduriame su problemomis. Pirma, manau, turėtume parengti žmones, jie turi suvokti reformos esmę. Ir visuomenė turi suprasti reformos uždavinius. Reformos uždavinių įgyvendinimas šlubuoja, o tam priežastis yra nenoras suvokti savivaldybių bei rajono sveikatos priežiūros įstaigų vadovų sveikatos sistemos struktūros reformos esmės. Antra priežastis yra tai, kad nėra politinio įsipareigojimo ką nors daryti. Todėl sunku tikėtis kad bus kažkas daroma, tuo labiau, kad politikų gyvavimo ciklas yra trumpas: politinė kova, populistiniai pažadai, o po to jų vykdymas lieka po dideliu klaustuku. Pritrūksta politinės valios iš savivaldybių pusės patikėti , kad siekiant strateginio sveikatos reformos tikslo, reikia ilgalaikės investicijos, ilgalaikių sprendimų tęstinumo. Ekonomikos sunkmečio metu, pirmiausiai akcentuojami socialiniai klausimai. Paklausykite ką pasakėte: sveikatos priežiūros reforma. Tai kodėl ją iš karto reikia apipinti socialinio pobūdžio problemomis ir postringauti, kad reforma nenaudinga, diskriminuoja rajono gyventojus ir t. t.
Juk savivaldybė priima sprendimus, kaip spręsti socialines problemas savo rajonuose. Šių problemų nereikia sieti su sveikatos priežiūra. Tai artima, bet visgi ne tas pats. Gal reikėtų priartinti pagalba prie nutolusių rajono vietovių, turiu omenyje paskirti išvažiuojamąsias dienas į apylinkes, kooperuotis ir dar kitaip. Sprendimų gali būti daug ir įvairių. Mano nuomone problema yra viena: tiek savivaldybėse, tiek sveikatos priežiūros įstaigose vadovai daugelyje atveju nėra vadybininkai ar administratoriai. Gydymo įstaigų vadovai yra gydytojai, kurie neturi administravimo pagrindų ir tolės suvokti reformos naudą jiems sudėtinga. Jie moka gydyti,

daugeliu atveju yra praktikuojantys medicinos praktiką, todėl laiko spręsti struktūrines reformas nelieka.
Vienareikšmiškai turi plėstis pirminė ambulatorinė pagalba, o stacionarinė turėtų būti sutelkta į stambesnius centrus. Nes kuomet gydytojas kartą į savaitę atlieka kažkokią operaciją arba ir dar rečiau, kalbos apie įgūdžių formavimą ir saugias paslaugas negali būti. Tą aiškiai turi suprasti ir savivaldybių vadovai ir savo rajono žmonėms linkėti gauti tinkamas ir saugias paslaugas. Turi plėstis ambulatorinė reabilitacija, prevencinės paslaugos. Sudėtingas paslaugas turi teikti tie asmenys, kurie tam tikras manipuliacijas atlieka kasdien ir net po kelis kartus per diena, taip formuojami įgūdžiai. O geri įgūdžiai užtikrina geras paslaugas.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Valstybė skiria pakankamai dėmesio. O savivaldybės daugiau atlieka formalų vaidmenį nei realiai įsigilintų į problemas. Jūs sakėte, kad rašote apie Širvintų savivaldybę ir ligoninę. Tai vienintelis rajonas kuris mūsų zonoje pateko į III restruktūrizacijos etapą. Mažiausias rajonas, mažiausiai gyventojų, mažiausiai buvo teikiama paslaugų. Tiek savivaldybė, tiek pati įstaiga turėjo numatyti reformos žingsnius ir priimti atitinkamus sprendimus. Bet jokie žingsniai nebuvo daromi. Kad ir paskutinis įvykis su skubia priėmimo pagalba. Jau 2010 m. vasario mėn. SAM ministro pasirašytame įsakyme buvo numatyta, kad uždarius chirurgijos skyrius pereinamajame laikotarpyje, bus skirtos tikslinės lėšos skubiai pagalbai teikti. Savivaldybė ir įstaiga turėjo du metus pasiruošti ir priimti tinkamus sprendimus dėl tolesnių tokių paslaugų teikimo. Tačiau nebuvo padaryta nieko. Ir ta ne tik mūsų aptarnaujamoje zonoje. Visos 10 likusių rajono ligoninių ir jų savivaldybių nepadarė nieko, kas būtų užtikrinę šią pagalba arba radę būdų kaip ją panaikinti. Tik dabar sukruto: rašo raštus ministerijai, Seimui, savivaldybių asociacijai, gydytojų vadovų sąjungai, valstybinei ligonių kasai. O juk įsakymas parašytas prieš 2 metus, reikėjo tik tinkamai jį perskaityti. Va čia ir prasideda problema, kai vadovai nėra administratoriai ir neturi savo rajono vizijos.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Dabar bandoma kurti decentralizuotą valdymo sistemą, bet ar tai bus veiksminga, matysim kai bus pilnai įgyvendinta sveikatos priežiūros reforma. Sveikatos priežiūros įstaigos tarpusavyje tikrai aktyviai bendradarbiauja, keičiasi informacija, dalyvauja bendruose renginiuose. Iš savivaldybių pusės tokio bendradarbiavimo nėra, savivaldybės tik kai kuriais klausimais atstovauja savo įstaigas. Nemenkas vaidmuo turi atitekti savivaldybių gydytojams, tai jie turi suvokti, kad sąveika planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas yra labai svarbus dalykas.
Finansavimas yra centralizuotas, nes sveikatos priežiūra finansuojama iš atskiro PSDF biudžeto.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Į programų įgyvendinimą turi įsitraukti daug įstaigų. Tai bendras reikalas. Tačiau ne visi vadovai suinteresuoti, nenori rengiant projektus įdėti savo lėšų, tuomet nėra ko tikėtis gero rezultato. Pačių programų yra labai daug ir įvairių, savivaldybėms nereikia visko aklai patikėti sveikatos priežiūros įstaigoms, juk tam jie ir yra steigėjai, kad dalyvautų vykdomų pokyčių veikloje, o ne

liktų abejingi stebėtojai. Savivaldybių lygyje reikia suvienyti jėgas ir bendrai vykdyti programas, nes jų įgyvendinimas dažnai priklauso nuo žmogiškojo veiksnio: vieniems sekasi, kitiems stringa. Reikia gerai suplanuoti darbus, turi būti gera šiuolaikiška vadyba, administravimas. O jei programa tik popieriuje egzistuoja tai kam ji tokia reikalinga. Dėl programų skaičiaus? O kokia iš to nauda? Aš jums pateiksiu vieną pavyzdį, o išvadas padarykite pati. Mūsų interneto svetainėje yra pateiktos sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų nomenklatūra. O čia realūs skaičiai kiek tokių paslaugų pateikta. Panagrinėkite jas.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Ne, tikrai ne visos, bet čia yra mūsų vidinių sisteminių priežasčių. Galime sakyti, kad savivaldybės ar jų įstaigos neturi idėjų, projektų, o kur tas bendradarbiavimas tarp tautos ir jų išrinktųjų, tarp valstybės institucijų patarti, pagelbėti. Žinant savivaldybių finansines, politines galimybes, galima joms patarti padėti. Bet ar joms to reikia? Tik kai kurios savivaldybės suvokia šio bendradarbiavimo naudą, kitos nelinkusios bendradarbiauti.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Institucinė įtaka nelabai jaučiama, labiau priklauso koks ministras ateina į valdžią, kokiai politinei partijai atstovauja. Nuo to reforma paspartėja arba sulėtėja.

Respondentas Nr. 6.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Bendradarbiavimas tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos sistemos reformas iš esmės yra naujas dalykas. Anksčiau buvo paprasta – kiekviena staiga atlieka savo funkcijas, gauna finansavimą, jei lėšas naudoja taupiai gali sau leisti kažką įsigyti, jei lėšų trūksta visada rajono valdžia padėdavo. Dabar situacija pasikeitė kardinaliai. Jeigu įstaigos nesugeba taupiai gyventi, jokia savivaldybė jų neišgelbės. Galiu pasidžiaugti tik savo savivaldybės vadais, kad noriai įsiklauso į mūsų įstaigos problemas ir niekada nepalieka vienų kovoti su vėjo malūnais. Dėl to, nors ir esame antras nuo galo rajonas pagal gyventojų skaičių, o vis dar turime akušeriją, abdominalinę chirurgiją. Tai netik mūsų įstaigos skleidžiamo geros paslaugų kokybės išdava, o ir rajono valdžios nuopelnas.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas darosi vis svarbesnis, tai jaučiasi per įvairių detaliųjų planų derinimą, projektų valdymą, poveikio sveikatai vertinimą, paslaugų teikimą ir kt. Bendradarbiavimas ne visur vienodai įtvirtintas, tai daugiau priklauso nuo žmogiškojo faktoriaus aplinkybės. Vieni linkę bendradarbiauti, siekti bendrų rezultatų, nestovėti vietoje, būti nuolat dinamiški, o kiti atvirkščiai – užsidaro savo kiaute ir tik nelįskite prie jų. Manyčiau bendradarbiavimo modelis, o ypač sveikatos priežiūros sistemoje, kiekvienu atveju yra individualus, bent jau šiai dienai.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje?*

Prieš pradedant vykdyti bet kokią veiklą, būtina įvertinti galimybes, ekonomines sąlygas, socialinius veiksnius, pasirengimą atlaikyti galimos nesėkmės padarinius ir išlikti. Bet bendrai sveikatos reformos metu šie veiksniai įvertinami tik valstybiniu mastu, todėl nacionaliniu mastu sunku numatyti kaip atsilieps reforma sveikatos priežiūrai regionuose. Kiekviena ligoninė kuria savo reformos įtakotą veiklą, kiekviena savaip bando išgyventi. Pirminė priežiūra yra prioritetas, nėra čia ko kalbėti, tretinė taip pat. Daugiausiai diskusijų sukėlė antrinės stacionarinės paslaugos rajonų ligoninėse. Mes, šiuo atveju, esame dėkingesnėje padėtyje: esame nutolę nuo didžiųjų centrų, esame pasienio zonoje, rajone turime muitinę. Tai mums suteikia prioritetą išgyventi ir išlaikyti įvairių paslaugų asortimentą.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Vertinant pagal panaudojimą, tai gal ir pakankamai, nemaža dalis lėšų nueina administravimui. Vyriausybė remia, kiekvienai įstaigai skiria pinigų, skiria nemažai dėmesio. Tačiau pačių įstaigų administravime yra tam tikras didesnis ar mažesnis neūkiškumas, lėšų švaistymas. Dabar visoms įstaigoms biudžetas apkarpytas, tai visos sakys, kad lėšų joms trūksta. Bet pernai tikrai lėšų buvo skiriama pakankamai. Mes sugebėjome išgyventi ir dar sutaupyti. Vadinasi, tai priklauso nuo savo situacijos įvertinimo ir noro išgyventi. Neslėpsiu, labai sunku išlaikyti akušeriją, bet turime savo srities specialistų, kurie savo teikiamomis paslaugomis garsėja visame pietų Lietuvos regione, taip pritraukiame gimdyves iš kitų rajonų ir išgyvename. Bet, kartoju, akušerija labai brangi paslauga, jeigu jau teks rinktis, labai gaila, bet pirmiausiai atsisakysime šios paslaugos. Pastarąsias kadencijas į rajono valdžią ateina žmonės, kurie supranta mūsų regiono specifiką, palaiko idėjas teikti visas įmanomas, mūsų atveju, paslaugas, atstovauja mus tarptautiniame lygyje, koordinuoja programas, aktyviai remia ir padeda ieškoti lėšų. Galime tik pasidžiaugti, kad bendradarbiavimas vyksta įvairiom kryptim ir visais lygiais.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Centralizuotas finansavimo modelis su tam tikrais decentralizacijos elementais. Finansavimas vykdomas iš PSDF biudžeto, o tai nėra gerai. Taigi gydymo paslaugos ir toliau yra išskirtinės, nes sveikata - pirminis žmogaus poreikis, o sergantis žmogus yra priklausomas nuo gydytojo. Šios paslaugos neįmanomos be užmokesčio, kuris skiriasi priklausomai nuo paslaugų lygio. Pacientas ne visuomet gali susimokėti už jam būtinas paslaugas ir tokiais atvejais gali buti gydomas tik esant paramai. Ilgėjant Lietuvos gyventojų vidutinei gyvenimo trukmei, ilgėja ir gydymosi trukmė. Gydymo metodai yra ypač brangūs, o gydymo kainų spektras - itin platus. Paramos davėjo, t. y. lėšų gydymo paslaugoms apmokėti, skirstytojo vietą užėmė valstybė, išstūmusi gydytoją ir gydymo įstaigą į paramos gavėjo vietą. Šiuo atveju pacientai ir įstaigos susilygina, atsiduria vienoje barikadų pusėje: abu laukia paramos. PSDF perskirsto mokesčius taip, kad pacientas nesijaučia skolingas valstybei už savo gydymą, nes bendram katile jo įnešta dalis prapuola. Todėl žmonės ima norėti gydytis moderniausiais metodais, o tai nuolat didina išlaidas įstaigose. Visu pirma, atsiranda nuolatinis spaudimas didinti lėšas, skirtas brangesnėms paslaugoms pirkti iš ligonių kasų, kad įstaiga būtų patraukli pacientams. Antra, pacientas įgyja teisę į sveikatos paslaugas nepriklausomai nuo gydytojo. Tai reiškia, jog išnyksta arba smarkiai sumažėja paciento ir gydytojo tarpusavio susitarimo, taigi ir abipusės atsakomybės, reikšmė. Dėl

to, jog paklausa finansavimui auga nekontroliuojamai, kyla sveikatos apsaugos biudžeto problema. Dėl to, jog nuvertėja gydytojo ir paciento susitarimas, kyla gydymo kokybės ir šalių atsakomybės problemos.Yra lėšų paskirstymo problema. Kaip jas paskirstyti, kad įvertinti vieningoje skalėje skirtingų įstaigų ir skirtingų ligų kainas. Lietuvoje šiandien įvedamas australietiškas modelis, kuris remiasi gretutinių diagnozių grupių apmokėjimu iš privalomo valstybinio sveikatos draudimo. Jo pagrindinės ydos yra nulemtos jo prigimtis: tai, kad jis yra valstybinis, ir tai, kad jis privalomas. Todėl sveikatos paslaugų finansavime nėra konkurencijos, taigi ir prielaidų efektyvumui: nėra nei paslaugų gavėjo, nei teikėjo motyvacijos lėšas naudoti taupiai. Kadangi lėšų trūkumas privalomame sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžete greitai pajuntamas, įstaigos priverčiamos riboti jas administracinėmis priemonėmis: standartizuotais įkainiais, vaistų kvotomis ir pan. Pacientas, tuo tarpu, taupo tada, kai už paslaugas jis turi primokėti ir priemoka nėra tik simbolinė. Šiuo atveju privačiai medicinai geriau: taupo ji ir jos pacientai. Manau, netolimoje ateityje atsiras draudiminė medicina.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Programų yra daug, jas tik reikia tinkamai sau prisitaikyti. Įvertinti galimybes pasiekti norimą rezultatą. Gaila, kad kartais įstaigos pasirenka netinkamus prioritetus esamoms problemoms spręsti. Dalyvauja įvairiose programose tik tam, kad sau užsidėtų pliusiuką. Tai, mažų mažiausiai neprotinga: gaišti savo laiką, kurti programą, teikti ją svarstyti savivaldybei, gauti finansavimą, įsigyti įrangą ar dar ką kitką ir su ja nedirbti, tai gryniausias lėšų švaistymas, reikėtų už tai bausti. (Ar galite įvardinti konkrečius pavyzdžius?) Nenoriu nieko įvardinti, žinau daugelį tokių dalykų, apie tai žino ir kiti. Yra programų kurios yra neefektyvios, nes vykdomos chaotiškai.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Manau išnaudojamos ne visos galimybės. Gal trūksta kompetencijos, trukdo biurokratizmas, nėra palaikymo iš steigėjų pusės. Daugeliu atveju trūksta administracinių gebėjimų. Šiuo atžvilgiu galiu tik pasidžiaugti – savivaldybei rūpi kaip gyvenam ir kaip galėtume gyventi geriau.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Taip. Lietuvoje dar nėra tradicijos rimto bendradarbiavimo. Yra bendras interesas, kuris iš principo remiasi asmenybėmis. Taip atsiranda problemos ir skirstant finansavimą. Finansavimas prastumiamas savo žmonėms, lėšos naudojamos neefektyviai, todėl stringa reformos įgyvendinimas.

Respondentas Nr. 7.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Bendradarbiavimas tarp valstybės ir savivaldybių yra gana naujas dalykas. Todėl kaip ir kiekvienam naujam dalykui daug kas priešinasi, laiko šią sritį nesvarbia ir nereikalinga. Ateityje, manau, situacija pagerės, atsiras tarpusavio supratimas, palaikymas, bendri interesai. Mūsų atveju

situacija yra kitokia nei daugelyje šalies savivaldybių, kaip tenka girdėti. Mes, t. y. sveikatos įstaigų vadovai, savivaldybės taryba esame komanda, stipri komanda.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Šalies mastu sąveika nėra įtvirtinta. Daugeliu atveju savivaldybės nepakankamai vykdo įstatymuose numatytus su sveikatos priežiūra susijusius įgaliojimus. Tokio kaip visuotinai priimto sąveikos modelio nėra. Yra atskirų savivaldybių geroji bendradarbiavimo praktika, kuri galėtų būti pavyzdžių kitoms savivaldybėms.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje?*

Pamažu reforma juda į priekį, kai kur geriau, kai kur susiduriama su problemomis. Pirminei sveikatos priežiūrai skiriamas ypatingas dėmesys. Taip ir turėtų būti modernioje visuomenėje. Šeimos gydytojų kabinetai priartinami kuo arčiau gyventojų. Šią veiklą mums padeda vystyti savivaldybė, pagal mūsų prašymą įsteigti ambulatorijas, seniūnijos randa patalpas, suremontuoja jas ir išnuomoja. Taip pirmines sveikatos priežiūros paslaugas mes stengiamės teikti kuo arčiau pacientų. Tai pasiteisina. Antrinė sveikatos priežiūra taip pat mūsų savivaldybėje yra pakankamai prieinama, teikiamos įvairios paslaugos ir išlieka tendencijas jas teikti ir toliau. Mes bendradarbiaujame tarpusavyje teikiant paslaugas.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Situacija skiriasi skirtingose savivaldybėse. Konkrečiai mūsų atveju esame komanda, o komandai visada lengviau įgyvendinti savo sprendimus ir pasiekti norimų rezultatų.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Decentralizuotas. Finansavimą gauname iš įvairių šaltinių: pagrinde iš PSDF, iš privačių lėšų bei gaunam pagal programas iš ES ir tarptautinių fondų.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Programų užtektinai, rezultatai aiškiai matyti. Vien mūsų rajonas dalyvauja 8 skirtingose programose, kurios dažniausiai yra prevencinės ir skatina sveiką gyvenseną.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Tikrai ne. Tobulėjimui ribų nėra, dažniausiai trūksta noro, politinės valio ir koją pakiša kompetencijos stoka. Kitaip tariant – žmogiškasis faktorius.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Tam tikro laipsnio suinteresuotumas visada yra. Vykdant bet kokias reformas jaučiama suinteresuotųjų asmenų ar institucijų įtaka. Tai natūralu ir neišvengiama, ne išimtis ir sveikatos priežiūros reforma. Nepasakyčiau, kad jaučiama įtaka skirstant finansavimą, bent jau pirminei grandžiai, tai ne.

Respondentas Nr. 8.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Sveikatos priežiūros reforma padėjo įsitvirtinti privačiai medicinai. Manau ši sąveika pavėluota, daugelį su reforma susijusių klausimų tiesiogiai sprendžiama per finansavimą, o savivaldybės, kadangi, nėra finansuojančios įstaigos, tai ypatingos reikšmės ar griežtos pozicijos šiuo klausimu neturi.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Savivaldybė su privačiom sveikatos priežiūros įstaigom bendradarbiauja tiek, kiek nuomoja patalpas. Visą kitą sprendžia, tame tarpe ir papildomą finansavimą, valstybės institucijos. Todėl įvardinti ar įtvirtintas bendradarbiavimo modelis negalėčiau. Manau tai kiekvienu atveju yra kitaip. Miestuose bendradarbiavimo sąvoka skirtingai suvokiama nei rajonuose.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?*

Plečiama pirminė sveikatos priežiūros grandis, antrinė - koncentruojama į dideles sveikatos priežiūros įstaigas. Mes teikiame pirmines paslaugas, taigi prioritetines. Dalyvaujame prevencinėse programose.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Poliklinikos yra prioritetinės sritys, todėl joms skiriamas pakankamas finansavimas. Kitaip su antrinio lygio paslaugomis. Plečiama pirminė sveikatos priežiūros grandis padeda įtvirtinti jos svarbą savivaldybių lygmenyje. Nacionalinis finansavimo modelis neužtikrina tinkamos sveikatos priežiūros, todėl ieškoma papildomų lėšų per programas.

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Decentralizuotas valdymo modelis. Valstybė tik iš dalies finansuoja sveikatos priežiūros paslaugas. Sudaro sutartine sumas ir negražina viršytų sumų už suteiktas paslaugas. Taip ribojama konkurencija. Šiuo atveju geresnėje pozicijoje yra privati medicina: bazinę gydymo

kainą gauna iš ligonių kasų, o priemokas nusistato pačios, įvertinus savo patirtas išlaidas. Privačioje medicinos praktikoje tai ne problema, o valstybinėse tai pagrindinis vinis apie kurį nuolat sukasi kalbos ir kuris sukelia daugiausiai problemų.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Taip, yra, bet jų niekada nebus per daug. Siekiant rezultatų sveikatos priežiūros srityje, sveikatos rodiklių pagerėjimo, reikia nuolat kurti programas. Mūsų visuomenė sensta, kinta ligos, todėl atsiranda būtinybė kurti programas susijusias su oria senatve, su kokybiška slauga ir pan. Rezultatai yra ir jie teigiami. Gaila, kad sunkmetis sustabdė dalį projektų ir programų. Bet atsirado prevencinės privačios labdaros programos, kaip antai „Rožinio kaspino“, „Išsaugokime vyrus“. Tai puiku, mes taip pat remiame ir dalyvaujame šiose programose.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Galimybių visada yra, nereikia tik nuleisti rankų. Manau mūsų rajonas šioje srityje galėtų būti pavyzdžiu.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Negalėčiau to įvardinti. Tai subjektyvus dalykas. Vieni visur įžiūri korupciją, kiti net tikros korupcijos nemato. Man šiuo atveju neaktualu.

Respondentas Nr. 9.

1. *Sąveikai, kitaip tariant, bendradarbiavimui tarp valstybės institucijų ir savivaldybių planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros sistemos reformas, iki šiol nebuvo teikiama daug dėmesio. Kokia Jūsų nuomonė apie tai ir kaip situacija keičiasi šiandien?*

Sutinku, kad bendradarbiavimas tarp valstybės funkcijas įgyvendinančių institucijų ir savivaldos šiai dienai šalyje daugeliu atveju yra komplikuotas. Valstybė institucijos vykdo ilgalaikius valstybės strateginius tikslus sveikatos politikos sistemoje idant Lietuvos sveikatos politika atitiktų ES įgyvendinamus tikslus sveikatos priežiūrai. Regionams aklai pritarti vedamai politikai sunku. Pripažinkime, kad mus dar veikia sovietinis palikimas, kad ligoninė turėtų būti vos ne kiekvienam mietelyje. Mums sunku priprasti kad paslaugos centralizuojamos į didelius struktūrinius vienetus, o regionuose paliekama pirminė grandis. Tačiau daugeliu atveju, mes kaip ligoninių dalininkai (savininkai, steigėjai) turime prisiimti atsakomybę už reformos įgyvendinimą. Mus išrinko rinkėjai, mumis pasitikėjo, todėl mums yra svarbu kokias paslaugas teiks mūsų sveikatos priežiūros įstaigos rajono gyventojams. Turime puikius vadovus, kurie nesėdi rankų sudėję ir neverkšlena, o ieško būdų išgyventi. Mūsų politinė pareiga juos paremti.

2. *Ar galėtumėte pasakyti, kad dabar šalyje jau įtvirtinta sąveikos svarba tarp valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu? Ar yra bendras sąveikos modelis, kuris užtikrintų šią sąveiką?*

Ne, ši sąveika dar pilnai neįtvirtinta. Nėra parengtas bendras bendradarbiavimo modelis. Bendradarbiavimas daugiau ar mažiau priklauso nuo konkrečios savivaldybės pasirengimo

spręsti sveikatos priežiūros įstaigų klausimus, jų struktūros pakeitimus ir kt. Galiu pasakyti, kad dar iki šiol ekonominis sveikatos tausojimo ir stiprinimo reguliavimas netapo prioritetine sritimi. Dar nesukurta veiksminga sveikatos politikos sistema, ypač apskrityse ir savivaldybėse, nepakankama asmens sveikatos priežiūros paslaugų integracija pirminiuose sveikatos priežiūros lygiuose. Rajonų gyventojų sveikatos būklės pokyčiai nepakankamai išnagrinėti ir įtraukti į LR socialines ir ekonomines prognozes, todėl išlieka nepakankamas sveikatos priežiūros funkcijų ir sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas rajonuose. O savivaldybės daugeliu atveju nepakankamai vykdo teisės aktuose numatytus įgaliojimus sveikatos priežiūros srityje.

3. *Gal galėtumėte pakomentuoti, kaip Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniai? Ką manote apie pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę? Kaip konkrečiai šie uždaviniai sprendžiami Jūsų savivaldybėje (zonoje)?*

Sveikatos priežiūros reformos uždavinių įgyvendinimas konkrečiose savivaldybėse priklauso nuo teisinės bei finansinės tos savivaldybės bazės. Be abejo didžiausią įtaką turi savivaldybės teritorijoje esančių sveikatos priežiūros įstaigų būklė. Ne tiesiogine prasme pastato būklė, o jos biudžetinė bazė, žmogiškieji ištekliai, techninė įranga, strategija, kokią viziją mato jų vadovai. Visa tai susiveda į vieną – verta remti ir išlaikyti savo rajone visų lygių sveikatos paslaugas, ar prioritetą teikti vien pirminei grandžiai. Kalbant apie mūsų rajono sveikatos priežiūros įstaigas,tai jos turi stiprią finansinę bazę. Ligoninė aktyviai dalyvauja ne tik ES finansuojamuose projektuose, bet yra ir tarptautinių projektų dalyvė. Prieš porą metų ligoninė sėkmingai įvykdė 2 ES lėšomis finansuojamus projektus – sutvarkė priėmimo, skubios pagalbos ir reanimacijos skyrius. Šiuo metu dalyvauja tarptautiniuose projektuose „Greitosios pagalbos tobulinimas panaudojant pasienio zonos medicinos įstaigų bendradarbiavimą“ ir „Modernių krūties vėžio žinomumo, prevencijos, ankstyvosios diagnostikos ir valdymo priemonių plėtra Latvijos, Lietuvos ir Baltarusijos pasienio regionuose“. Dar vienas projektas, tai – „Medicinos infrastruktūros gerinimas Rusijos - Lenkijos – Lietuvos pasienyje“. Mes, kaip dalininkai, esame šių projektų koordinatoriai. Ligoninė kaip partneris dalyvauja „Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo“ projekte, o pati be partnerių vykdo projektą „Stacionarinių bei palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės gerinimas VšĮ Lazdijų ligoninėje“ iš ES lėšų. Turint tokį pavyzdį sėdėti rankas sudėjus būtų nusikaltimas. Tai veiklus žmogus, reiklus vadovas sau ir kitiems, geras savo srities žinovas, puikus strategas. Beje, pastaruoju metu yra kviečiamas skaityti paskaitų ne tik mūsų rajono švietimo įstaigose, bet ir Gardino regioninėje ligoninėje. Bendradarbiauja su policija prevencinėje veikloje.

4. *Ar Jūsų manymu valstybė ir savivaldybės skiria pakankamai dėmesio ir išteklių sveikatos priežiūros sistemos struktūros reformai?*

Manau pakankamai. Tik jos neracionaliai panaudojamos, tuomet kyla problemos. Manau savivaldybės turėtų aktyviau kontroliuoti išteklių panaudojimą savo rajono sveikatos priežiūros įstaigose, juk net įstatymas įgalioja tai atlikti. Tai kodėl nepakontroliuoti...

5. *Koks, Jūsų nuomone, veikia valdymo modelis bendradarbiaujant valstybei ir savivaldybėms sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: centralizuotas ar decentralizuotas (turiu omenyje finansavimą, valdymą, atsiskaitomybę)? Ar galėtumėte tai įvardinti kaip vieną iš problemų? Koks modelis išlieka finansavimo atžvilgiu?*

Mišrus. Centralizuotas finansavimo modelis su tam tikrais decentralizacijos elementais, kai finansavimą galima gauti iš dalyvavimo tarptautiniuose projektuose ir programose. Valdymo modelis toks pat: centralizuotas, su kai kuriom funkcijos perduotom savivaldybės žinion. Bet labiau centralizuotas, kaip ir švietimas.

6. *Vykdant sveikatos priežiūros sistemos reformą, kuriamos įvairios programos, projektai ir kt. Ar, Jūsų nuomone, kuriamų programų, galima sakyti prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, yra užtektinai, kad būtų galima matyti šios reformos rezultatus? Kaip vertinate tuos rezultatus: teigiamai ar neigiamai? Gal galite pagrįsti savo nuomonę.*

Taip, yra, bet jų niekada nebus per daug. Tai įrodo ir mūsų sveikatos priežiūros įstaigų veikla. Tobulumui ribų nėra. Aš jau pasakojau apie projektus, galiu pridurti tik kokią naudą gavo mūsų įstaiga: suremontuoti priėmimo, skubios pagalbos, reanimacijos skyriai, įsigytas greitosios medicinos pagalbos automobilis su papildoma reanimacine įranga, suremontuotos ir atnaujintos sterilizacinės patalpos, įsigyta rentgeno skaitmenizavimo įranga, pagerėjo darbo sąlygos, teikiamos kokybiškesnės paslaugos ir t. t. Rezultatai teigiami, jeigu tik žmonės dirba.

7. *Kaip manote, ar išnaudojamos visos galimybės siekiant padaryti sąveiką tarp valstybės ir savivaldybių efektyvesnę?*

Galimybių reikia ieškoti visada ir visur. Tai stumia progresą į priekį. Savivaldybės lobistinė veikla duoda gerus rezultatus bendradarbiaujant su įvairiomis institucijomis Lietuvoje ir užsienyje. Mano nuomone, kitom savivaldybėm tiesiog trūksta atkaklumo siekiant savo tikslų sveikatos priežiūros sistemos vykdomoje reformoje.

8. *Ar galėtumėte pasakyti, kad yra jaučiama tam tikrų institucijų įtaka valstybės ir savivaldybių sąveikai, planuojant ir vykdant struktūrines sveikatos priežiūros reformas? O gal jaučiama tam tikrų institucijų įtaka siekiant gauti finansavimą arba jį skirstant?*

Jeigu kalbėtume apie mus, kaip dalininkus – taip, mūsų įtaka yra. Mes tikrai įtakojame valstybės institucijų sprendimus savo sveikatos priežiūros įstaigų naudai. Esame tarpininkai, dalininkai, koordinatoriai, trumpai tariant organizuojame savo rajono sveikatos įstaigų darbą. O kalbant apie kitų institucijų įtaka, apart mažėjančio valstybės lygiu finansavimo iš PSDF biudžeto, kitokios įtakos nematau.

5 PRIEDAS

VIEŠOJI ĮSTAIGA ŠIRVINTŲ LIGONINĖ

2010 metų veiklos ataskaita

1. Informacija apie įstaigos veiklą įgyvendinant jos įstatuose nustatytus veiklos tikslus.

VšĮ Širvintų ligoninė yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos Širvintų rajono savivaldybės sveikatos priežiūros įstaiga, nesiekianti pelno, teikianti antrinio lygio stacionarinės sveikatos priežiūros, antrines ambulatorines sveikatos priežiūros, pirmines stacionarines palaikomojo gydymo ir slaugos, dienos chirurgijos, laboratorinės diagnostikos paslaugas pagal licenciją Nr. 1236, išduotą 1999-12-30, o pagal licenciją Nr. 0187, išduotą 2005-06-14 – odontologijos priežiūros paslaugas.

Įstaiga taip pat teikia mokamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams bei kitiems juridiniams asmenims.

VšĮ.Širvintų ligoninės vizija – rajono gyventojų sveikatos poreikius tenkinanti, Europos Sąjungos standartus atitinkanti, nuolat siekianti sveikatos priežiūros kokybės ir optimalių sąlygų pacientams ir darbuotojams ligoninė.

Ligoninės misija yra teikti pacientams mokslu ir pažangiomis technologijomis pagrįstas, saugias ir kokybiškas, atitinkančias pacientų poreikius ir interesus, sveikatos priežiūros paslaugas naudojantis turimais ištekliais, atsižvelgiant į steigėjo ir paslaugų užsakovų keliamus reikalavimus ir užtikrinti pacientų informacijos privatumą, žmogišką pagarbą ir orumą.

VšĮ Širvintų ligoninė įsteigta 1997 m. rugsėjo 29 d. Įstaigos steigėjas ir vienintelis dalininkas yra Širvintų rajono savivaldybė. Metų eigoje jis nesikeitė.

Pagrindinis įstaigos lėšų šaltinis yra pajamos, gaunamos už suteiktas paslaugas pagal sutartį su Vilniaus teritorine ligonių kasa.

Įstaigos paslaugų struktūra nesikeitė nuo 2005 m. iki 2010 m. balandžio 1 d.

2009 m. gruodžio 7 d. išleistas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, kuriuo konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos paskirstytos pagal lygmenis. VšĮ Širvintų ligoninė priskirta rajono lygio įstaigoms (be chirurgijos, Reanimacijos II paslaugų).

Nuo 2010 m. balandžio 1 d. asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, atsižvelgiant į ligoninės lygmenį.

Vykdant šį nutarimą VšĮ Širvintų ligoninėje atlikta restruktūrizacija: uždarytas chirurgijos skyrius, sumažintas darbuotojų skaičius.

Po reorganizacijos keitėsi ligoninės stacionaro struktūra. Nuo 2010-04-01 dienos ligoninės stacionarą sudaro 55 antrinio lygio lovos:

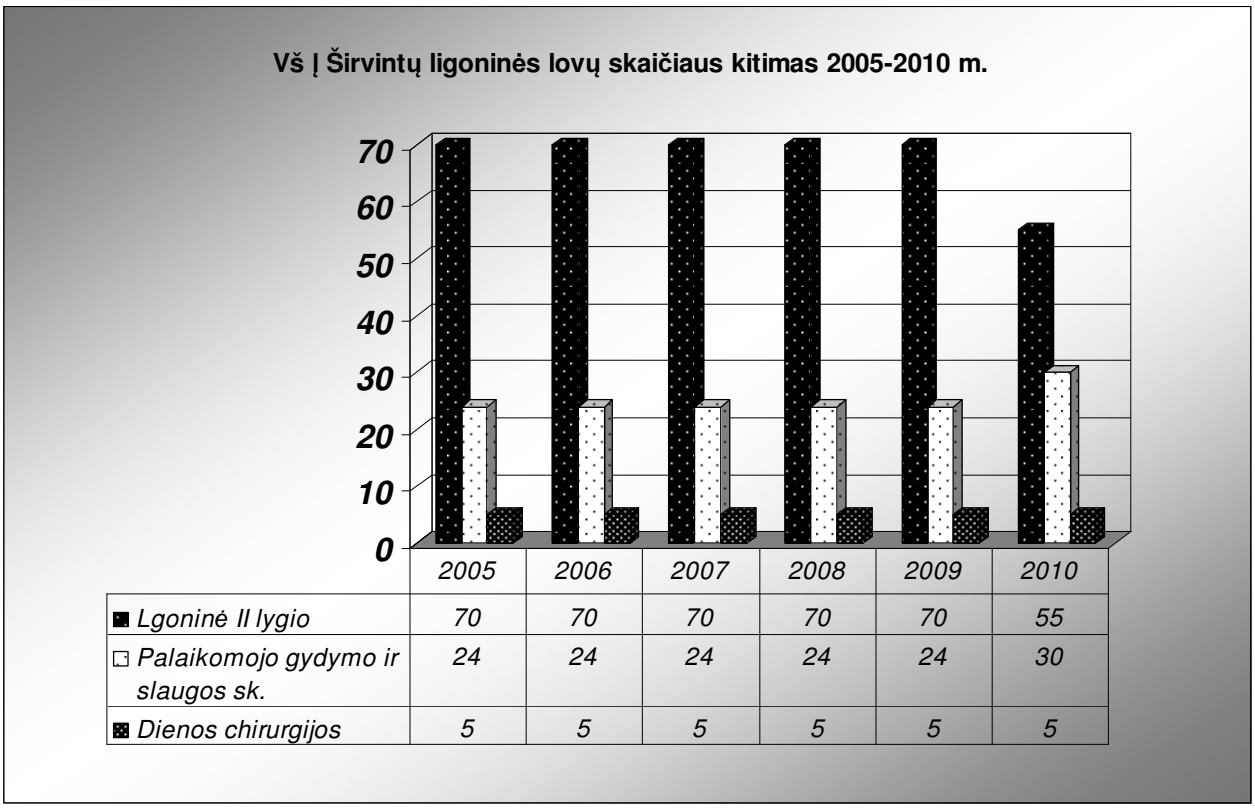
- Vidaus ligų skyrius - 35 lovos
- Vaikų ligų skyrius - 12 lovų
- Reanimacijos – intensyvios terapijos ir dienos chirurgijos skyrius – 8 lovos (3 RITS, 5 dienos chirurgijos)
- Palaikomojo gydymo ir slaugos skyrius – 30 lovų.

Konsultacinės diagnostikos skyrius.

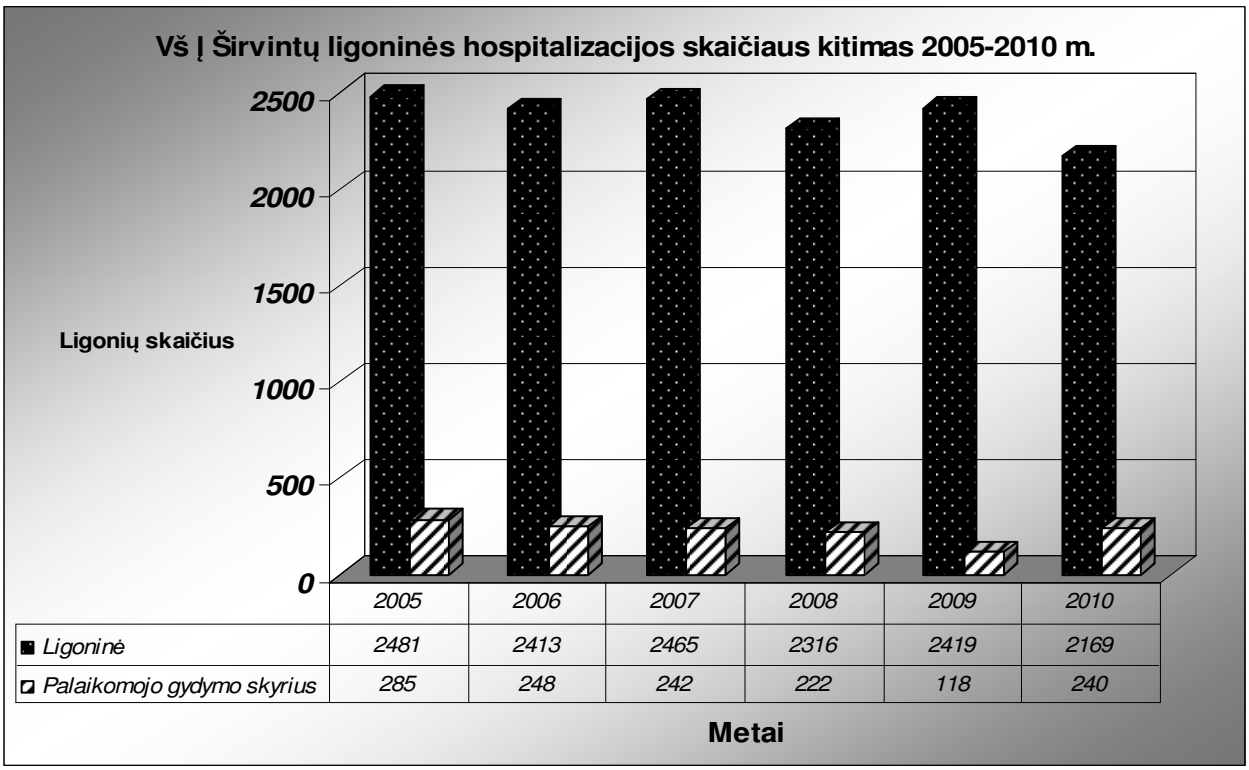
Bendra Širvintų ligoninės darbo suvestinė už 2010 metus

<table>
<tr><td colspan="3">STACIONARAS</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ligoninėje gydyta 1863 ligoniai, 66- mirė;
Iš viso gydyta – 1929 ligonių.</td><td rowspan="2">Iš viso ligoninėje gulėjo 2169 ligonių;
Iš jų mirusiųjų skaičius: 116 ligonių..</td></tr>
<tr><td colspan="2">Palaikomojo gydymo skyriuje (1 lygis) išgydyta 190 ligonių, 50 mirė; Iš viso gydyta – 240 ligonių.</td></tr>
<tr><td>Perkelti į kitus stacionarus – 106 ligoniai.</td><td colspan="2">Letališkumas ligoninės – 3,0%.
Palaikomojo skyriaus letališkumas – 20,8%</td></tr>
<tr><td>Vidutinė gydymo trukmė – 9,69</td><td colspan="2">Vidutinė gulėjimo trukmė – 5,5.</td></tr>
<tr><td>Viso operacijų stacionare skaičius –166
(12 iš jų vaikams).</td><td colspan="2">Ligoninės operacinis aktyvumas –%;</td></tr>
<tr><td>Operacinis letališkumas –%.</td><td colspan="2">suaugusiųjų operacijos sudaro –%;
vaikų - %.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Įvyko 25 abortai; 18 iš jų dirbtiniai.</td></tr>
<tr><td>Lovų skaičius – 85; iš jų 3 reanimacijos ir intensyviosios terapijos lovos;
Palaikomojo gydymo skyriuje – 30;
Dienos chirurgijos - 5.</td><td colspan="2">vidutiniškai ligoninėje gulėjo per 1 dieną – 57 ligoniai.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Vienam stacionare gydytam ligoniui tenka 11,2 laboratoriniai tyrimai.</td></tr>
<tr><td colspan="3">AMBULATORINĖS PASLAUGOS</td></tr>
<tr><td colspan="3">Apsilankymų skaičius pas II lygio gydytojus specialistus - 29102 (su profilak.+skubios pagalbos)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Stebėjimo paslaugų kiekis – 86; iš jų 2 vaikams.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Konsultacijų skaičius pas II lygio gydytojus specialistus –22853 (su profilak.+skubios pagalbos)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Iš bendro apsilankymų kiekio: mokamų –206
555 profilaktiniai apsilankymai</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dispanserinių ligonių skaičius pas II lygio gyd.
specialistus –1105 (100iš jų vaikai)</td><td>Ambulatorinių operacijų skaičius –318</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
</table>

RAJONE		
Gimstamumas – **7,8**	Mirtingumas – **17,1**	Natūralus prieaugis – **minus 9,3**

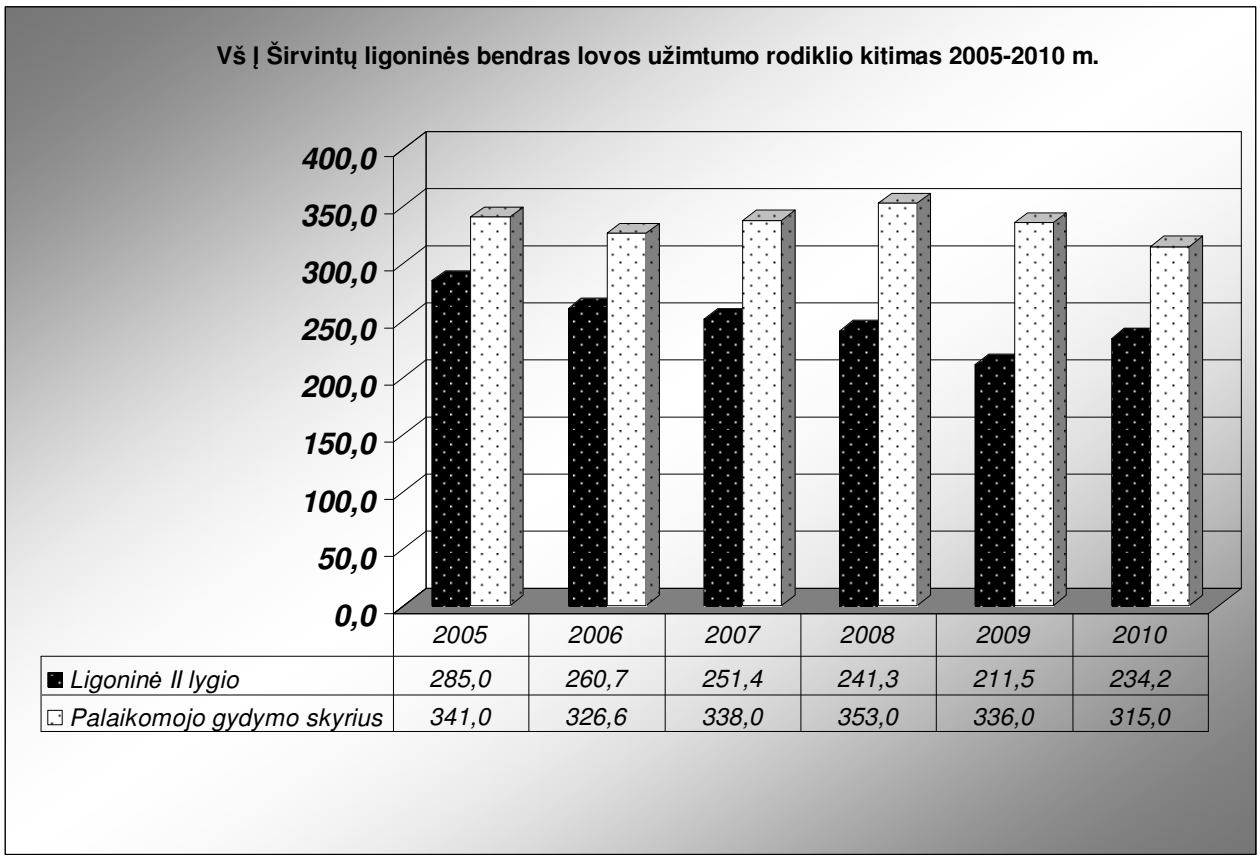


Uždarius chirurgijos-traumatologijos-ginekologijos skyrių, bendras ligoninės lovų skaičius sumažėjo. Antrinio lygio stacionarinių lovų skaičius 55, o palaikomojo ir slaugos skyriuje – padidėjo iki 30.



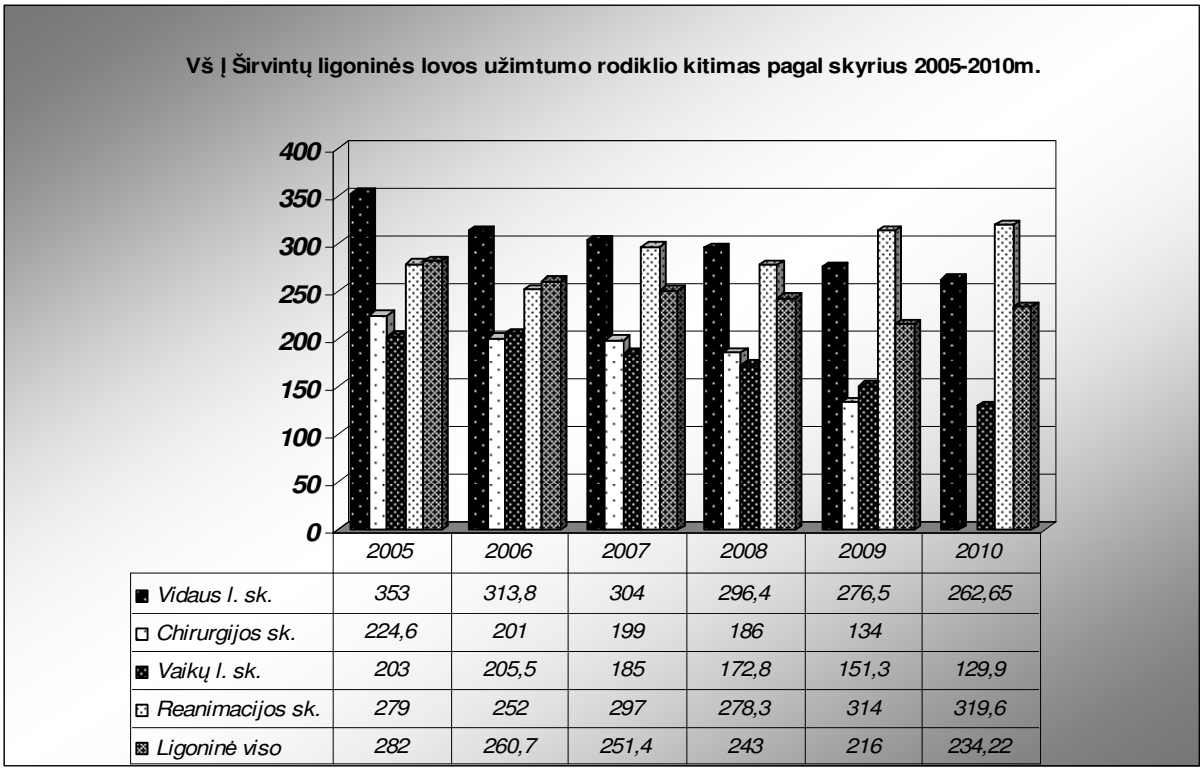
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ligoninė	2481	2413	2465	2316	2419	2169
Palaikomojo gydymo skyrius	285	248	242	222	118	240

Iš viso ligoninėje gydyta 2169 ligoniai. Gydytų ligonių skaičius sumažėjo chirurginių – traumatologinių, ginekologinių ligonių sąskaita.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ligoninė II lygio	285,0	260,7	251,4	241,3	211,5	234,2
Palaikomojo gydymo skyrius	341,0	326,6	338,0	353,0	336,0	315,0

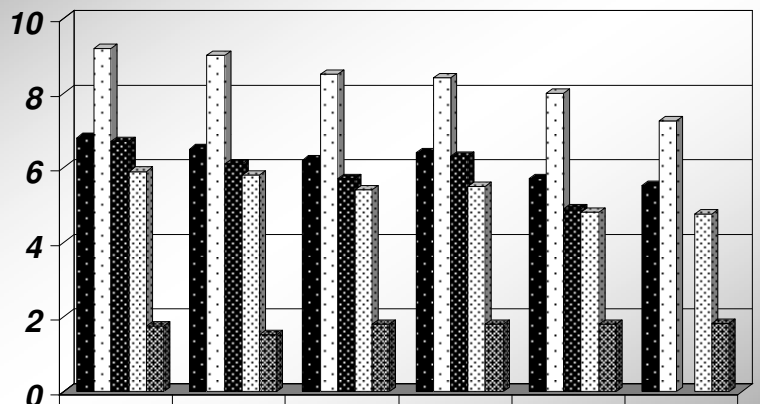
Lovos užimtumo rodiklis išaugo lyginant su 2010 metais, tačiau mažesnis nei ankstesniais metais. Žiemos sezonu lovos užimtumas žymiai išauga, vasarą sumažėja dėl sergamumo sezoniškumo.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vidaus l. sk.	353	313,8	304	296,4	276,5	262,65
Chirurgijos sk.	224,6	201	199	186	134	
Vaikų l. sk.	203	205,5	185	172,8	151,3	129,9
Reanimacijos sk.	279	252	297	278,3	314	319,6
Ligoninė viso	282	260,7	251,4	243	216	234,22

Intensyviausiai dirbo vidaus ligų skyrius, vaikų ligų skyriaus lovos užimtumas mažiausias.

Vš Į Širvintų ligoninės vidutinės gulėjimo trukmės rodiklio kitimas 2005-2010m.

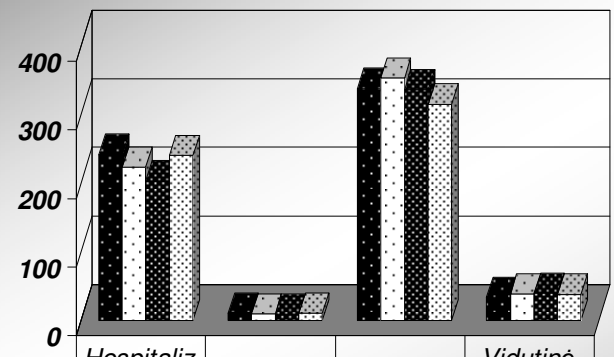


	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ligoninė	6,8	6,5	6,2	6,4	5,7	5,52
Vidaus l. sk.	9,2	9	8,5	8,4	8	7,26
Chirurgijos sk.	6,7	6,1	5,7	6,3	4,9	
Vaikų l. sk.	5,9	5,8	5,4	5,5	4,8	4,75
Reanimacijos sk.	1,76	1,53	1,8	1,8	1,8	1,82

Vidutinė gulėjimo trukmė pastoviai mažėja – nuo 6,8 (2005 m.) iki 5,52 (2010 m.) (įskaičiuojamas trumpalaikio gydymo profilis, kurio veiklą skatina ligonių kasos).

Palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus veikla.

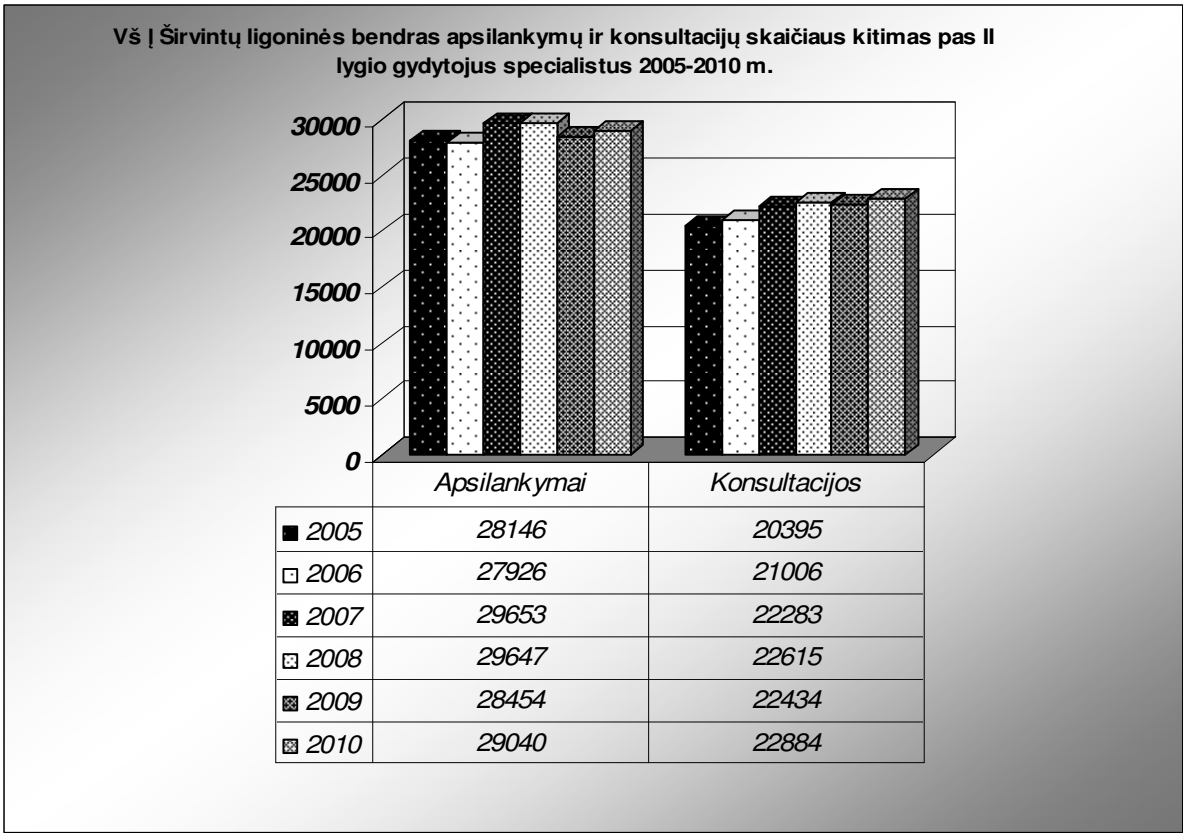
Vš Į Širvintų ligoninės palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus rodikliai 2007-2010 m.



	Hospitalizacijos skaičius	Lovos apyvarta	Funkcionavimas	Vidutinė gulėjimo trukmė
2007	242	10	338	33,7
2008	223	9,3	353	38
2009	203	8,5	336	39,5
2010	240	10	315	37,4

Uždarius chirurgijos traumatologijos skyrių, Vilniaus TLK šiek tiek padidino palaikomojo gydymo ir slaugos kvotą, todėl buvo gydoma daugiau šio profilio ligonių. Per 2010 metus gydyti 240 pacientų.

Konsultacinės diagnostikos skyriaus veikla.



	Apsilankymai	Konsultacijos
2005	28146	20395
2006	27926	21006
2007	29653	22283
2008	29647	22615
2009	28454	22434
2010	29040	22884

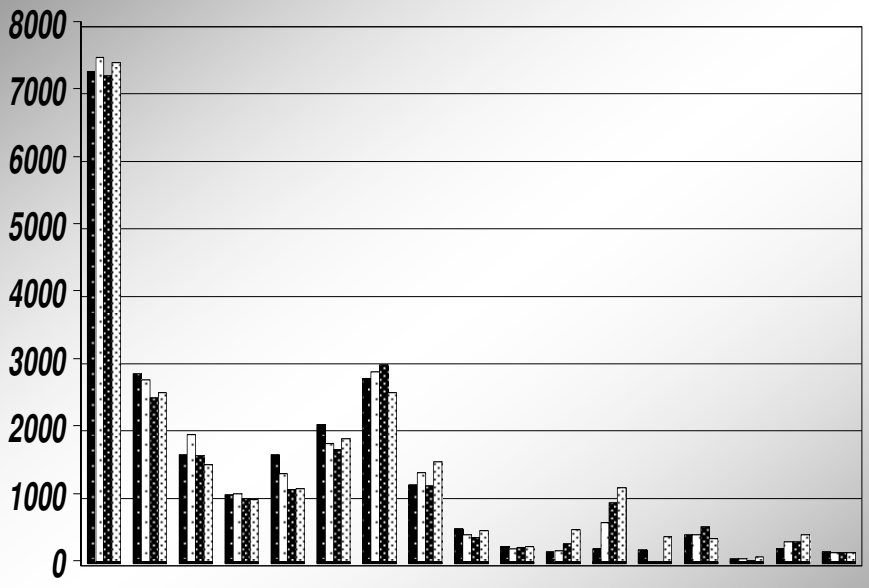
Bendras gydytojų – specialistų konsultacijų skaičius pastoviai didėja. Buvo teikiamos 17 profilių gydytojų konsultantų paslaugos.

Gydytojų – konsultantų krūviai matomi sekančioje lentelėje.

Dantų protezavimo kabineto veikla.

Per 2010 metus dantų protezavimo kabinetas suteikė rajono pensininkams ir neįgaliesiems asmenims paslaugų už 148655 litų iš PSDF biudžeto. Buvo suprotezuoti 156 asmenys įrašyti eilėje nemokamam dantų protezavimui. Iš rajono savivaldybės lėšų suteikta paslaugų už 6860 litų 7 asmenims. Be to kabinetas teikia mokamų paslaugų už 75863,56.

Vš Į Širvintų ligoninės konsultacijų pas II lygio gydytojus specialistus skaičiaus kitimas 2007-2010 m.



	Radiologas	Oftalmologas	Dermatovenerologas	Neurologas	Otorinolaringologas	Fizinė medicina	Echoskopuotojas	Chirurgas	Endoskopuotojas	Vaikų ligų gydyt.	Vidaus ligų gydyt.	Kardiologas	Endokrinologas	Traumatologas	Akušeris-ginekologas	Urologas	Pulmonologas
2007	7282	2794	1589	996	1599	2043	2730	1145	502	225	150	203	188	412	56	206	158
2008	7495	2704	1890	1018	1310	1764	2830	1335	410	198	168	589	0	412	50	299	145
2009	7228	2447	1584	946	1081	1663	2936	1136	365	212	275	883	0	521	19	300	137
2010	7415	2515	1452	923	1089	1827	2513	1493	461	225	479	1113	385	356	85	413	140

2. Įstaigos dalininkai finansinių metų pradžioje ir pabaigoje.

Vš. Į Širvintų ligoninė įsteigta 1997 m. rugsėjo 29d. Buveinė Vilniaus g. 85, Širvintos. Įstaigos steigėjas ir vienintelis dalininkas yra Širvintų r. savivaldybė.

3. Įstaigos gautos lėšos ir jų šaltiniai per finansinius metus.

2010 metais sutartį dėl paslaugų finansavimo Vilniaus TLK keitė 4 kartus. Pirma sutartis pasirašyta 2010 m. kovo 15 d. Vykdant Vyriausybės nutarimą Nr. 1654 nutrauktas finansavimas už chirurgijos, traumatologijos, ginekologijos, neurologijos stacionarines paslaugas nuo balandžio 1 d., todėl 2010-05-03 pakeista sutartis. 2010-07-01 nutrauktas finansavimas Reanimacijos II paslaugų, paliekant apmokėjimą už gydytus ligonius pagal Rytų ir Pietryčių Lietuvos kardiologinę programą. 2010-09-30 vėl pakeista sutartis, nutrauktas visas Reanimacijos II finansavimas. Metų pabaigoje iš dalies atstačius balo vertę, 2010-11-29 d. gautas papildomas finansavimas.

Įstaigos pagrindinės veiklos pajamos 2010 m. buvo 5500899 Lt, tame tarpe finansavimo pajamos 571450 Lt.

Iš valstybės biudžeto 377364 Lt;
Iš savivaldybės biudžeto 63895 Lt;
Iš Europos Sąjungos 104360 Lt;
Iš kitų finansavimo šaltinių 25831 Lt.

Pagrindinės veiklos kitos pajamos sudaro 4929449 lt., tame tarpe

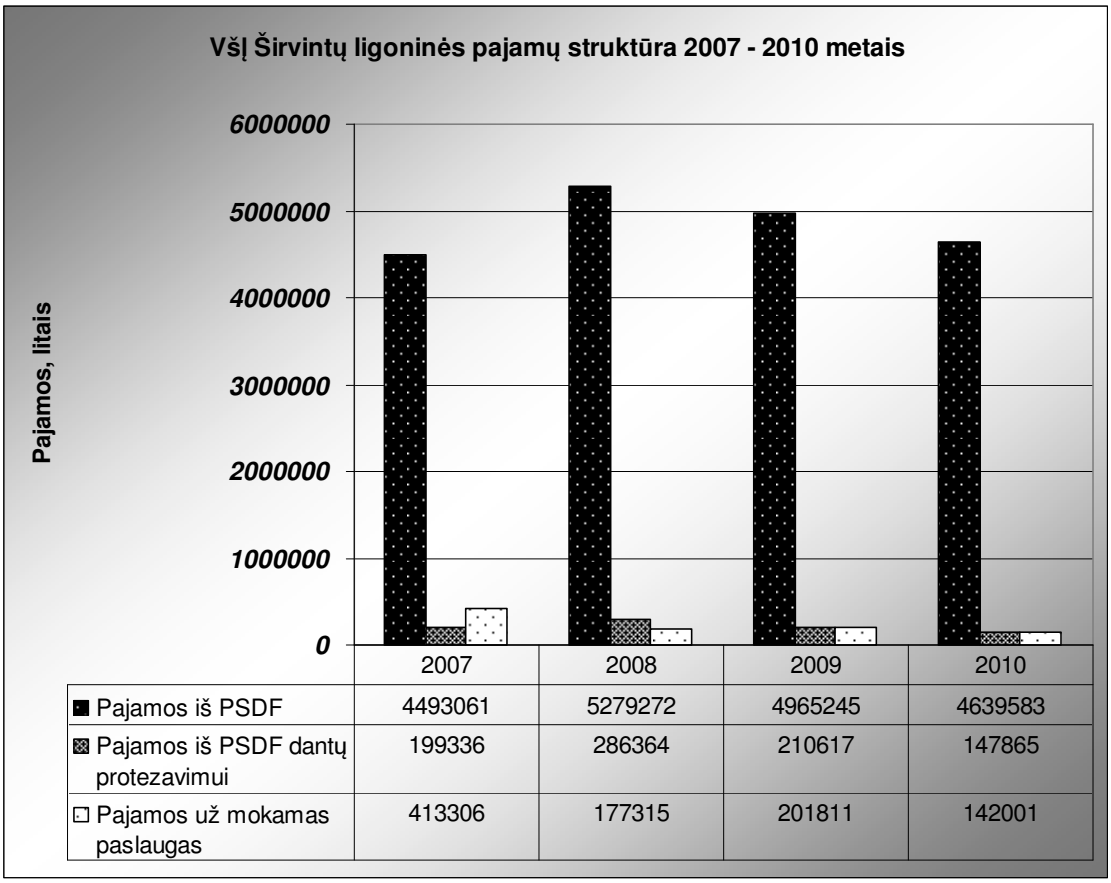
Pajamos už suteiktas paslaugas apmokamos TLK 4639583 Lt;
Dantų protezavimo paslaugos apmokamos TLK 147865 Lt;
Pajamos už mokamas paslaugas 142001 Lt.

Kitų ne pagrindinės veiklos pajamų 2010 m. gauta 79 Lt (banko palūkanos - 6 Lt ir sidabro surinkimas 73 Lt) Lyginant 2010m.su 2009 m. pajamos iš PSDF sumažėjo 325662 Lt. Tai sudaro 6,6 %.

Buvo vykdoma Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo ir rėmimo programa ir gautos lėšos iš Širvintų rajono savivaldybės:

- Teikiamų paslaugų aplinkos gerinimo programa 50776,42 Lt.
- Dantų protezavimo paslaugų teikimo išlaidų kompensavimui 6860,38 Lt.

2010 m. balandžio mėn. buvo gautos lėšos iš stabilizavimo fondo pagal "PSDF biudžete numatyto stabilizavimo fondo (Sveikatos sistemos pertvarkai) lėšos" programą. Tai sudarė 325408,68 lt.



	2007	2008	2009	2010
Pajamos iš PSDF	4493061	5279272	4965245	4639583
Pajamos iš PSDF dantų protezavimui	199336	286364	210617	147865
Pajamos už mokamas paslaugas	413306	177315	201811	142001

4. Informacija apie įstaigos įsigytą ir perleistą ilgalaikį turtą per finansinius metus.

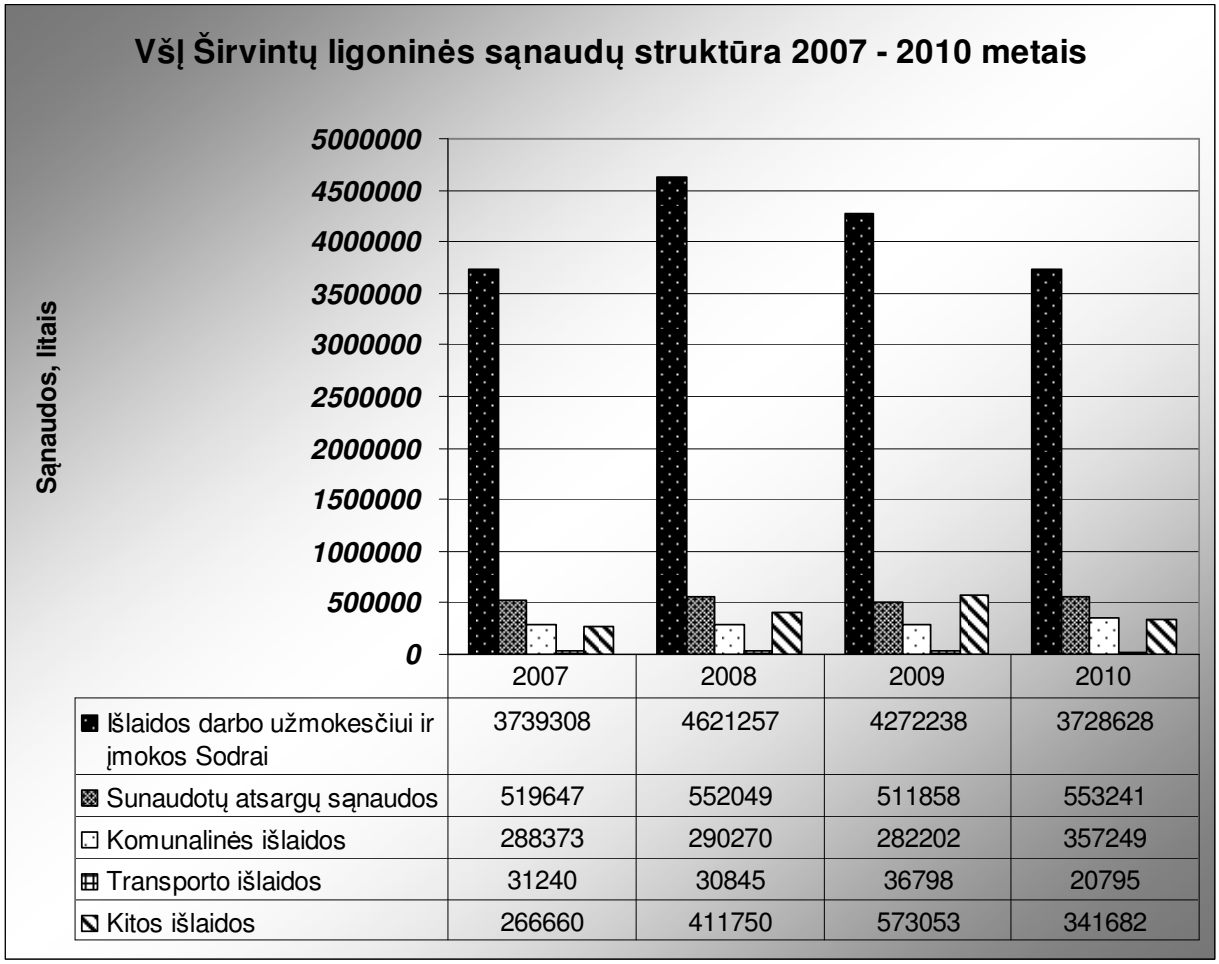
Įstaigoje ilgalaikio turto metų pradžioje buvo už 1365457 Lt, per metus įsigyta už 42470 Lt, nurašyta už 8000 Lt, metų pabaigoje turto buvo už 1399927 Lt. Per metus turto nusidėvėjimas sudarė 184061 Lt, likutinė ilgalaikio turto vertė metų pabaigoje - 252534 Lt.

5. Įstaigos išlaidos per finansinius metus.

Įstaigos pagrindinės veiklos sąnaudos 2010 m. sudarė 5001595 Lt. , iš jų:

- išlaidos darbo užmokesčiui 2843640 Lt (56,8 %);
- įmokos Sodrai ir garantiniam fondui 884988 Lt (17,7 %);
- sunaudotų atsargų sąnaudos 553241 Lt (11,1 %);
- komunalinės išlaidos 357249 Lt (7,1 %);

- transporto išlaidos 20795 Lt (0,4 %);
- kitos išlaidos 341682 Lt (6,9 %).



	2007	2008	2009	2010
Išlaidos darbo užmokesčiui ir įmokos Sodrai	3739308	4621257	4272238	3728628
Sunaudotų atsargų sąnaudos	519647	552049	511858	553241
Komunalinės išlaidos	288373	290270	282202	357249
Transporto išlaidos	31240	30845	36798	20795
Kitos išlaidos	266660	411750	573053	341682

6. Įstaigos darbuotojų skaičius finansinių metų pradžioje ir pabaigoje.

Ataskaitinio laikotarpio pabaigoje įstaigoje dirbo 149 darbuotojai, praėjusio ataskaitinio laikotarpio pabaigoje - 171.

Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria ligoninė yra gydytojų trūkumas, po reorganizacijos likusios neužimtos patalpos, vidaus ligų skyriaus patalpų prasta būklė, nes dėl lėšų stygiaus neatliktas remontas.

Vyriausioji gydytoja Dalia Aleknienė

6 PRIEDAS

VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS „LAZDIJŲ LIGONINĖ“ 2010 METŲ VEIKLOS ATASKAITA

Viešoji įstaiga „Lazdijų ligoninė“ (toliau – įstaiga) yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos iš valstybės ir Lazdijų rajono savivaldybės turto bei lėšų įsteigta viešoji įstaiga, teikianti asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus pagal sutartis su užsakovais. Įsteigta remiantis Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymą (Žin., 1996, Nr. 68-1633).

Įregistruota 1997m. rugsėjo 30 dieną. Įstaigos steigėjas – Lazdijų rajono savivaldybės. Rejestro Nr. VŠ 97-2

Įstaigos kodas - 165220415.

Buveinė: Kauno g. 8, LT - 67128 Lazdijai.

Įstatai pakeisti ir patvirtinti 2009-02-27 Lazdijų rajono savivaldybės tarybos sprendimu Nr.5TS-764.

LR Juridinių asmenų registras 2004 m. lapkričio 24 d. išdavė naują registravimo pažymėjimą Nr. 023268, suteikiant naują įmonės kodą 165220415. Įstaiga turi atskirą balansą, savo antspaudą, sąskaitas bankuose. Savarankiškų filialų, atstovybių, dukterinių ir asocijuotų įstaigų VšĮ „Lazdijų ligoninė“ neturi. Ūkiniai metai laikomi kalendoriniai metai. Įstaiga yra ne pelno įstaiga, o gautas pajamas naudoja tik įstatymuose ir kituose teisės aktuose nustatyta tvarka.

Įstaigos dalininkė ir metų pradžioje ir pabaigoje yra Lazdijų rajono savivaldybė.

VšĮ „Lazdijų ligoninė“ savo veiklai panaudos teise naudoja Lazdijų rajono savivaldybės pastatus.

Įstaigai 1997-09-02 Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM išdavė licenciją Nr. 635 verstis sveikatos priežiūros veikla. *Pratęsimas išduotas 2009-08-12.* VšĮ „Lazdijų ligoninė“*: Turima licencija teikti būtinas rajono gyventojams paslaugas ir* vykdyti veiklą, nurodytą patvirtintuose VšĮ „Lazdijų ligoninė” įstatuose.

Įstaigos pagrindinis veiklos tikslas – gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą, kokybiškai teikti medicinos paslaugas. Šie tikslai įgyvendinami organizuojant ir teikiant kvalifikuotas antrines ambulatorines bei stacionarines, slaugos ir palaikomojo gydymo medicinines paslaugas Lietuvos ir užsienio gyventojams.

2010 metais įstaiga vykdė sekančias asmens sveikatos priežiūros veiklas:

-teikė kvalifikuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvos gyventojams pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis nustatytų rūšių, už kurias apmokama bazinėmis kainomis pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą tvarką;

-teikė mokamas medicininės priežiūros paslaugas Leituvos gyventojams ir užsienio piliečiams.

Pagrindinė veikla:

- ligoninių veikla, 86.10;,
- bendrosios praktikos gydytojų veikla, 86.21;
- gydytojų specialistų veikla, 86.22;
- odontologinės praktikos veikla, 86.23;
- kita žmonių sveikatos priežiūros veikla, 86.90;

VšĮ „Lazdijų ligoninė“ teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. 2010 m. buvo sudarytos sutartys su: Vilniaus , Kauno, Panevėžio, Šiaulių ir Klaipėdos TLK dėl paslaugų teikimo šių apskričių apdraustiesiems gyventojams. Gyventojams neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, iš TLK apmokamos tik būtinosios medicinos pagalbos paslaugos. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokamas neviršijant metams nustatytų sutartinių sumų.

2010 metais ligoninėje buvo 137 lovos, iš jų 25 slaugos ir palaikomojo gydymo. Lovų skaičius nekito nuo 2008 m.

2009 metais ligoninėje gydyta 3557 ligoniai, o 2010 metais gydyta 3662, tai yra 85 ligoniais daugiau.

VšĮ "Lazdijų ligoninė" stacionaro veiklos rodikliai per paskutinius 3 metus

Pavadinimas	2008 m.	2009 m.	2010m.
Lovų skaičius (metų vidurkis), t.sk.slaugos lovų (metų vidurkis)	134,8 30,8	137 33	137 33
Atvykusių ligonių skaičius	4005	3978	3695
Išrašytų ir mirusių ligonių skaičius	4030	3970	3662
Lovadienių skaičius	35013	33857	38610
Lovos funkcionavimas	259,4	247,1	238,2
Lovos apyvarta	29,9	29,0	26,8
Vidutinis gulėjimo laikas	8,7	8,5	8,9
Letališkumas	3,2	3,4	3,8

Rodikliai pagal skyrius 2010 metais

Paslaugų profilio pavadinimas	Išrašyta ligonių	Lovų skaičius	Vidutinė gulėjimo trukmė dienomis	Lovos užimtumas dienomis	Lovos apyvarta
Terapija	1587	55	7,2	210,1	29,0
Pediatrija	389	7	3,2	175,7	55,6
Chirurgija, traumatologija	796	30	5,6	149,7	26,7
Akušerija	219	4	4,3	236,7	54,7
Ginekologija	156	2	2,8	221,0	78,0
Nėštumo patologija	57	3	4,0	167,7	42,0
Reanimacija ir intensyvi terapija	38	3	0,9	148,0	156,3
Palaikomojo gydymo ir slaugos	290	33	11,6	294,1	11,6

Pastaba: Reanimacijos sk 38 ligoniai išrašyti 400 – perkelti į kitus skyrius.

Ligoninės veiklos rodikliai pagal vidutinę gulėjimo trukmę yra artimi SAM nustatytiems reikalaujamiems rodikliams.

Akušerijos skyriuje 2008 metais priimta 258 gimdymų,
2009 metais 282 gimdymai
2010 metais 220 gimdymai

Matome, kad mažėja gimdymų skaičius, todėl kyla reali grėsmė akušerinių paslaugų teikimui.

Matome nedidelį stacionare gydytų ligonių skaičiaus didėjimą, tuo pačiu mažėja ambulatoriškai gydomų ligonių skaičius. Šie rodikliai nevisiškai atitinka SAM, Alytaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus, turėtų būti atvirkščiai, mažėti stacionarinių ligonių skaičius ir didėti ambulatorinių paslaugų skaičius. Stengsimės, kad ateityje taip ir vyktų.

Ligoninės konsultacinės poliklinikos ambulatorinės paslaugos

Paslaugų rūšis pagal specialistus	2008m.		2009m.		2010m.	
	Apsilankymai	Konsultacijos	Apsilankymai	Konsultacijos	Apsilankymai	Konsultacijos
Akušerijos ginekologijos	174	157	111	105	107	100
Chirurgijos	741	543	362	265	311	230
Dermatovenerologas	1267	904	1005	730	1003	804
Anestez. reanimatolog.	23	23	11	5	1	1
Fiz.medicinos ir reabilitacijos gydytojas	4830	4800	4944	4850	5985	5911
Echoskopuotojas	3667	3648	5178	5045	4800	4700

Endoskopuootojas	824	820	820	796	748	692
Ftiziatras	363	293	312	266	323	269
Klinikos fiziologas	569	567	645	637	540	595
Neurologas	4013	3015	3329	2337	2900	2156
Oftalmologas	4280	3815	3583	3154	3715	3266
Ortopedas traumatologas	1532	1318	1534	1198	2740	1352
Otorino-aringologas	1060	886	974	814	881	766
Radiologas	12163	9635	11343	8671	11547	8516
Urologas	827	597	796	590	670	526
Kardiologas	-	-	-	-	324	202
Vaikų ligų gydytojas	376	297	271	232	440	418
Vidaus ligų gydytojas	1481	887	801	634	763	702
Burnos chirurgas	1842	1436	754	659	356	267
Endokrinologas	703	391	1773	891	1969	961
Skubi pagalba (Priėmimo sk)	1578	1578	1407	1407	138	1368
Stebėjimas (Priėmimo sk)	678	678	863	863	992	992
Iš viso	**42991**	**36288**	**440816**	**34149**	**41062**	**33600**

Matome, kad išaugo ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, 2010 metais jos suteiktos 153 gyventojams, uždirba už šias paslaugas 116304,14 Lt. 2009 m. šių paslaugų buvo suteikta 126 gyventojams už 100698,50 Lt.

Dienos chirurgijos paslaugų apimtys 2008 - 2010 metais

2008m.		2009 m		2010m.	
Paslaugų skaičius	Mokėjimo suma	Paslaugų skaičius	Mokėjimo suma	Paslaugų skaičius	Mokėjimo suma
278	227655,90	324	266022,68	320	228872,33

Vidutinis darbuotojų skaičius 2008- 2010 metais

Personalas	2008 m*	2009 m.*	2010 m.*
Gydytojai	44	44	50
Slaugytojai	108	109	104
Kitas personalas	75	74	70
Viso	227	227	224

* Su palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus personalu.

Pateikiamas darbo užmokesčio palyginimas 2009 - 2010 metais pagal svarbiausias darbuotojų kategorijas

Eil. Nr.	Kategorijos	2009 metai	2010metai	Skirtumas (+ -)	%
1	Gydytojai	1570141	1619193	49052	3,1
2	Slaugos specialistai	1979083	1844674	-134409	-7,2
3	Pagalbinis personalas	805424	800889	-4535	-0,5
4	Administracija	143558	139376	-4182	-3,0

	Iš viso:	**4498206**	**4404132**	**-94074**	-2,1

2010 metais darbuotojų darbo užmokestis nebuvo didintas . Gydytojų darbo užmokesčio fondas išaugo tik dėl padidėjusio gydytojų skaičiaus.

Per 2010m įstaiga įsigijo ilgalaikio turto už 224866 Lt. o nurašė ilgalaikio turto už 102130 Lt.

Įstaiga dirba pelningai, pateikiame veiklos pajamas ir sąnaudas:

2010 metais pajamos – 8.100.607,97 Lt,
Už suteiktos paslaugos (TLK) - 7.652.614,90 Lt,
uždirbtos savos lėšos – 163.798,33 Lt,
banko palūkanos – 1.807,05 Lt.
finansinės investicinės veiklos - 282.387,69 Lt.

2010 metais sąnaudos 8.044.875,30 Lt., t.sk finansinės investicinės veiklos – 282387,69 Lt.

Finansinių metų pelnas 55.732,67Lt.

Atlikus VšĮ „Lazdijų ligoninė“ 2010 metų teikiamų paslaugų analizę, matosi, kad gerėja įstaigos materialinė bazė, didėja teikiamų paslaugų kiekis, tuo pačiu ir kokybė, tiek ambulatorinės, tiek stacionarinės paslaugos atitinka Lazdijų rajono savivaldybės gyventojų poreikius.

Viešosios įstaigos „Lazdijų ligoninė“ gydymo bazė ir infrastruktūra (įranga, palatos), kurių sukūrimui išleista daug lėšų, atitinka šiuolaikinius reikalavimus, o dėmesingas, kvalifikuotas ir paslaugus personalas yra pajėgus teikti kokybiškas paslaugas ne tik rajono savivaldybės gyventojams, bet ir kaimyninių savivaldybių gyventojams.

Įvertinus naujus Sveikatos apsaugos ministerijos parengtus dokumentus dėl LR sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo, ligoninei būtų aktualu plėsti chirurginių paslaugų spektrą ir stengtis gauti licenciją sąnarių protezavimui.

2010 metais pradėti įgyvendinti du projektai:

Pirmasis - „Stacionarinių bei palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybės gerinimas VŠĮ Lazdijų ligoninėje“. Projekto sąmata 3375000 Lt.

Projekto tikslai: Pagerinti ambulatorinių, stacionarinių bei palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų kokybę bei prieinamumą VšĮ“ Lazdijų ligoninėje“.

Uždaviniai: Modernizuoti VšĮ „Lazdijų ligoninės infrastruktūrą“.

Projekto veiklos: Patalpų, reikalingų ambulatorinių bei palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimui, rekonstrukcija. Įrangos ir transporto priemonių, reikalingų ambulatorinių, stacionarinių bei palaikomojo gydymo ir slaugo paslaugų teikimui, įsigijimas.

Antrasis – „Greitosios pagalbos tobulinimas panaudojant pasienio zonos medicinos įstaigų bendradarbiavimą“.

Šis projektas yra didžiausias visame regione bendradarbiaujant abipus sienos. Projekte dalyvauja 8 medicinos įstaigos: 4 Lietuvos ir tiek pat iš kaimynės Lenkijos.

Projekto įgyvendinimo metu siekiama pagerinti pasienio žmonių gyvenimo standartus vystant pasienio bendradarbiavimą per bendras vietos ir regioninio lygmens iniciatyvas, garantuoti aukštą medicinos infrastruktūros kokybę ir apsaugoti vietos gyventojus bei turistus nuo socialinės atskirties.

Iš šio projekto VšĮ“ Lazdijų ligoninė“ įsigys greitosios pagalbos automobilį su papildoma įranga Tai dar labiau sustiprins įstaigos materialinę bazę.

VšĮ "Lazdijų ligoninė"
Vyr. gydytojas Vitas Šimkonis

VšĮ Lazdijų ligoninė
Vyr. gydytojas
Vitas Šimkonis

Laima Meškauskienė
Telf. 8 678 35941
El.p. meslaima@gmail.com

2012-03-15