MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

DEIMANTĖ GALVANAUSKAITĖ

NAUJOSIOS VIEŠOSIOS VADYBOS IR NAUJOJO VIEŠOJO VALDYMO DIEGIMO GALIMYBĖ LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas: Prof. dr. Alvydas Raipa

Vilnius, 2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

NAUJOSIOS VIEŠOSIOS VADYBOS IR NAUJOJO VIEŠOJO VALDYMO DIEGIMO GALIMYBĖ LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 621N71001

Konsultantas

Vadovas
Prof. dr. Alvydas Raipa
2013-11-21

Recenzentas

Atliko
VAmns2-01 gr. stud.
Deimantė Galvanauskaitė
2013-11-21

Vilnius, 2013

TURINYS

LENTELĖS 4
PAVEIKSLAI 5
ĮVADAS 6
1 NAUJOSIOS VIEŠOSIOS VADYBOS EVOLIUCIJA Į NAUJĄJĮ VIEŠĄJĮ VALDYMĄ 9
1.1 Naujosios viešosios vadybos paradigma: samprata ir ištakos 9
1.2 Naujosios viešosios vadybos elementai 16
1.3 Naujosios viešosios vadybos trūkumai 19
1.4 Naujojo viešojo valdymo analizė: samprata ir ištakos 22
1.5 Naujojo viešojo valdymo modelių analizė 28
2 VIEŠOJO VALDYMO PARADIGMŲ EVOLIUCIONAVIMAS IR LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS REFORMAVIMAS 34
2.1 Sveikatos politikos samprata 34
2.2 Lietuvos sveikatos apsaugos reforma ir raida 35
2.3 Metodų įtaka Lietuvos sveikatos apsaugai 41
3. NAUJOJO VALDYMO METODŲ ĮTAKA LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOJE: EMPYRINIS TYRIMAS 54
3.1 Tyrimo metodologija 54
3.2 Tyrimo instrumentarijus 56
3.3 Ekspertinis tyrimas 60
3.3.1 Ekspertinio tyrimo rezultatų apibendrinimas 66
IŠVADOS 69
SIŪLYMAI 71
LITERATŪROS SĄRAŠAS 72
ANOTACIJA 79
ANNOTATION 80
SANTRAUKA 81
SUMMARY 82
PRIEDAI 83

LENTELĖS

- 1 lentelė. Pagrindiniai naujosios viešosios vadybos struktūriniai elementai..... 16
- 2 lentelė. Naujosios viešosios vadybos disfunkcijos..... 21
- 3 lentelė. Pagrindiniai naujojo viešojo valdymo struktūriniai elementai..... 29
- 4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas..... 56
- 5 lentelė. Tyrimo požymiai, kuriais remiantis buvo klasifikuojami klausimyno klausimai..... 58
- 6 lentelė. Privačios medicinos praktikos vertinimas..... 61
- 7 lentelė. Piliečių interesų derinimas..... 64

PAVEIKSLAI

- 1 paveikslas. Teoriniai naujosios viešosios vadybos pagrindai..... 12
- 2 paveikslas. Politinio proceso aiškinimas pagal viešojo pasirinkimo teoriją..... 13
- 3 paveikslas. Menedžerizmo socialinės pažangos aiškinimas..... 14
- 4 paveikslas. Viešojo administravimo raida..... 23
- 5 paveikslas. 3E koncepcijos virsmas..... 26
- 6 paveikslas. Sąveika naujajame viešajame valdyme..... 27
- 7 paveikslas. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai..... 38
- 8 paveikslas. Socialinės kokybės kvadratas..... 46
- 9 paveikslas. Strateginio planavimo principų kaita..... 48
- 10 paveikslas. Strategiškai orientuotos organizacijos principai..... 50
- 11 paveikslas. Tyrimo organizaciniai – procedūriniai etapai..... 57
- 12 paveikslas. Ligoninių tinko mažinimas rajonuose..... 61
- 13 paveikslas. Konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų..... 62
- 14 paveikslas. Asmeninis vadybinio pasirengimo vertinimas..... 63
- 15 paveikslas. Strateginių dokumentų neveiksmingumo priežastys..... 65
- 16 paveikslas. Tarpinstitucinės sąveikos pavyzdžiai..... 66

ĮVADAS

Baigiamojo darbo aktualumas.

Sovietmečiu Lietuvoje buvo naudojamas Semaško sveikatos apsaugos modelis. „Sistema buvo labai brangi, valdymas vyko centralizuotu būdu, taip pat nebuvo skatinama vietinė iniciatyva.“ (Jankauskienė, 2010, p. 109). Iš karto po Nepriklausomybės atkūrimo pradėjo sparčiai blogėti bendra sveikatos situacija ir tam, kad Lietuvos sveikatos sistema funkcionuotų efektyviai, būtinai reikėjo naujos pertvarkos.

R. Buivydas rašo, kad reformuoti galima sveikatos paslaugų ir priežiūros teikimo struktūrą, finansavimo sistemą ar patį sveikatos politikos valdymą (Buivydas, 2010, p. 145), tačiau baigiamajame darbe apie finansavimą nebus rašoma, norint apsiriboti tik sveikatos politikos valdymo klausimu.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos reforma yra tęstinis procesas, kuris tebevysta iki šiol. Temos aktualumą patvirtina tai, kad visa visuomenė yra sveikatos paslaugų gavėjai. Ir būtent visuomenės nariai turi būti labiausiai suinteresuoti, kad vykdoma sveikatos apsaugos sistemos reforma būtų efektyvi. Mažėjantis visuomenės pasitikėjimas sveikatos sistema, teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir vykdoma sveikatos politika rodo, kad vykdomoje reformoje galimai yra trūkumų, nes nėra pasiekiami norimi rezultatai. Viena iš priežasčių galima laikyti sveikatos vadybos nepakankamumą, kadangi tik neseniai, 1998 metais, šios srities specialistai sistemiškai pradėti ruošti Lietuvos aukštosiose mokyklose.

XX amžiaus pabaigoje – XXI amžiaus pradžioje Lietuvos sveikatos apsaugoje vykdoma reforma pasižymi tam tikra specifika – neišspręstos sveikatos problemos dėl politinio spaudimo, populiacijos senėjimas ir pensijos probleminis klausimas, informacinių technologijų įgyvendinimas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, vis keliamas bendras sveikatos politikos klausimas, kaip ją efektyvinti, sparti globalizacija, didelis žiniasklaidos įsitraukimas, piliečių dalyvavimo problematiškumas ir t.t. Nagrinėjant šiuos klausimus, pastebimas ryškus naujosios viešosios vadybos elementų taikymas ir naudojimas. Kadangi reformos tikslas yra sukurti efektyvią, į rezultatus orientuotą, kokybišką pacientų aptarnavimą užtikrinančią sveikatos sistemą.

Tačiau šios dienos sveikatos apsaugos reforma orientuota į kompleksinį sveikatos valdymo sprendimų pertvarkymą. Kintanti sveikatos sektoriaus aplinka verčia taikyti naujus valdymo būdus – nuo vadybinės valdžios grįžti prie vadovaujančios valdžios, kuri įtikinančiai vadovautų sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms institucijoms, siekiant tarpsektorinės integracijos ir aiškaus strateginio valdymo. Dėl to galima pradėti kalbėti ir apie nująjį viešąjį valdymą Lietuvos sveikatos

apsaugoje. „Tradiciškai viešasis valdymas apibūdinamas kaip plati, įvairiapusė valdžios ir valdymo institucijų veikla, apimanti politiką, viešąsias programas bei projektus“ – rašo Petrauskienė ir Raipa (2012, p. 118). Todėl reikia išanalizuoti, kiek naujosios viešosios vadybos elementų diegimas apskritai yra įmanomas sveikatos sektoriuje, kiek jis yra tikslingas ar netikslingas, kaip vyksta transformacija į naująjį viešąjį valdymą ir kiek naujasis viešasis valdymas pasiteisina Lietuvos sveikatos apsaugoje.

Baigiamojo darbo naujumas.

Kadangi nagrinėjama darbo tema yra labai aktuali kiekvienam šalies gyventojui kaip sveikatos priežiūros paslaugų gavėjui ir šia tema vyksta plačios diskusijos viešojoje ir mokslinėje erdvėje, tačiau mokslinėje literatūroje tema nėra išsamiai išnagrinėta.

Baigiamojo darbo problema.

Šiai dienai vis mažėjantis visuomenės narių pasitikėjimas sveikatos sistema Lietuvoje rodo, kad sveikatos valdyme ir vykdomoje reformoje yra spragų. Analizuojant sveikatos reformą, galima tas spragas identifikuoti. Šiame darbe siekiama išanalizuoti naujosios viešosios vadybos diegimo tikslingumą arba netikslingumą, įvardinti naudojamus naujojo viešojo valdymo metodus Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriuje, ir atsakyti į klausimą, kiek naujasis viešasis valdymas Lietuvos sveikatos apsaugoje yra tinkamas ar netinkamas.

Baigiamojo darbo objektas.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo mechanizmas.

Baigiamojo darbo tikslas.

Išanalizuoti, kaip naujoji viešoji vadyba ir naujasis viešasis valdymas veikia Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą.

Baigiamojo darbo uždaviniai.

1. Sistemiškai išanalizuoti mokslinę literatūrą, kurioje rašoma apie naująją viešąją vadybą ir naująjį viešąjį valdymą.
2. Identifikuoti naujosios viešosios vadybos elementus ir disjunkcijas..
3. Išanalizuoti naujojo viešojo valdymo elementų struktūrą.
4. Sistemiškai išanalizuoti Lietuvos teisės aktus, mokslinę literatūrą ir dokumentus, kur reglamentuojama ir rašoma apie Lietuvos sveikatos sistemos valdymą.
5. Išanalizuoti naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo įtaką Lietuvos sveikatos apsaugai.
6. Aptarti gautus rezultatus ir pateikti išvadas.

Baigiamojo darbo metodai.

1. Aprašomasis metodas.
2. Interpretavimas.
3. Metaanalizė.

4. Lyginamoji ir atvejų analizė.
5. Sintezė.
6. Prognozavimas.

Pagrindinės baigiamojo darbo sąvokos.

Naujoji viešoji vadyba. Tai plati sąvoka, apimanti viešojo sektoriaus reformą, siekiant jį modernizuoti, kai privataus sektoriaus vadybinė patirtis yra perkeliama į viešąjį sektorių. Galima išskirti šiuos pagrindinius principus – orientacija į rezultatus, į klientų pasitenkinimą, valdymo decentralizacija, konkurencija, optimalus išteklių valdymas, paslaugų kokybė, bendradarbiavimas su privačiu sektoriumi. (Guogis, 2008).

Naujasis viešasis valdymas. Galima teigti, kad naujasis viešasis valdymas apima visą viešąjį sektorių, kadangi pagrindinis siekis yra išplėtoti partnerystės principą į tarpsektorinę integraciją, t. y. būtent tokia forma leidžia daug plačiau į partnerystės tinklą įtraukti piliečius ir jų grupes, paskirsto socialinę atsakomybę ir taiko griežtesnę kontrolę. Išskiriami tokie pagrindiniai naujojo viešojo valdymo elementai – tarpsektorinė integracija, aktyvus piliečių dalyvavimas, stipri valdančioji valdžia ir strateginis planavimas. (Raipa, 2011). Naujasis viešasis valdymas yra orientuotas į socialumą. Tuo jis skiriasi nuo individualistinio naujosios viešosios vadybos požiūrio.

Sveikatos politika. Tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 11).

Sveikatos politikos principai. Visi sveikatos politikos principai, be žmogui suteikiamų teisių, nusako ir jo pareigas bei ribas, kurių privalu laikytis kiekvienam. Principai išskiriami PSO siūlymu – teisumas, prieinamumas, priimtinumas, tinkamumas, solidarumas, lygybė, visapusiškumas, laisvas pasirinkimas, tęstinumas, saugumas. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 18-19).

Sveikatos vadyba. Tai visus sveikatos sistemos lygius apimantis veiklos planavimas, organizavimas ir kontrolė, siekiant patenkinti asmens ir visuomenės sveikatos poreikius. Labai svarbu, kad sveikatos vadyba būtų grindžiama OIP koncepcija – moderni organizacija, inovacijos ir personalas. (Jankauskienė, 2010, p. 104).

Sveikatos apsaugos reforma. Tai procesas, kurio tikslas – pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje. Šis procesas nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, finansavimo mechanizmų keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant sveikatos priežiūrą visuose lygiuose. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 235).

1 NAUJOSIOS VIEŠOSIOS VADYBOS EVOLIUCIJA Į NAUJĄJĮ VIEŠĄJĮ VALDYMĄ

1.1 Naujosios viešosios vadybos paradigma: samprata ir ištakos

Daugelis viešojo valdymo reformų, kurios vyko pasaulyje įvairiose šalyse, buvo pradėta vadinti **naująja viešąja vadyba**, kuri šiandien keičia jau nusistovėjusį tradicinį viešojo administravimo modelį. Paradigma susiformavo XX a. devintajame dešimtmetyje. S. Puškorius (2000) nurodo šias pagrindines naujosios viešosios vadybos sritis:

- privataus sektoriaus vadybinių metodų naudojimas;
- pagrindinis dėmesys skiriamas veiklos rezultatams, o ne pačiai veiklai (procesui).

Šių dviejų paradigmų reikšmė yra ta, kad jos atveria naujosios viešosios vadybos plėtros erdvę – valstybės tarnautojai turi tapti daugiau vadybininkai nei administratoriai. „Čia būtina pabrėžti skirtumą tarp vadybos ir administravimo. Administravimas yra instrukcijų, taisyklių, įstatymų vykdymas neatsižvelgiant į galimus padarinius. Vadyba plačiąja prasme reiškia į rezultatus orientuotą valdymo organų veiklą.“ (Puškorius, 2000, p. 102).

Taigi **pagrindinis naujosios viešosios vadybos tikslas** – privataus sektoriaus vadybinių principų taikymas viešajame sektoriuje siekiant rezultatyvumo ir efektyvumo.

Domarkas (2004) teigia, kad „naujoji viešoji vadyba po išoriniu apvalkalu gali slėpti skirtingus tikslus: vienu atveju tai gali būti panaudota mažinti politinę įtaką viešajam administravimui, kitu – sudaryti privatizavimo sąlygas.“ (p. 9). Taip pat galima būtų išskirti tokius naujosios viešosios vadybos tikslus: viešajame sektoriuje taikyti jau minėtas privataus sektoriaus valdymo idėjas, stiprinti valstybės tarnautojų atskaitomybę, viešojo sektoriaus administravime naudoti būtent vadybos principus, mažinti biurokratiją, akcentuoti rezultatus, o ne patį procesą ir t.t. (Domarkas, 2004).

Yra daug užsienio autorių, nagrinėjusių naujosios viešosios vadybos koncepciją, tai – M. Hoodas, D. Osborne‘as, T. Gaebleris, Ch. Pollittas ir kt. Tačiau skirtingi autoriai skirtingai ir interpretuoja naujosios viešosios vadybos sąvoką. Bendriniu požiūriu, naująją viešąją vadybą galima laikyti ideologija, kuri siekia globalaus viešojo valdymo efektyvumo visuose jo lygiuose. J. Staponkienė (2005) naująją viešąją vadybą apibendrina kaip viešojo valdymo „atnaujinimo“ būdą, kuris gebėtų reaguoti į greitai kintančias aplinkos sąlygas diegiant naujoves, naudojant verslo energiją, diegiant konkurencingą aplinką ne tik tarp privačių, bet ir tarp valstybinių ir nevyriausybinių paslaugų tiekėjų. Anot autorės, biudžetas turi būti formuojamas taip, kad atitiktų organizacijos misiją, kad skatintų tarnautojų atsakomybę, atskaitomybę ir didintų darbo rezultatyvumą, kas be galo svarbu

naujosios viešosios vadybos ideologijai. Kaip būtinybę, autorė akcentuoja decentralizacijos naudą viešajam valdymui, pereinant nuo biurokratinės hierarchijos prie dalyvavimo ir komandinio darbo, įtraukiant piliečių dalyvavimą priimant sprendimus.

Naujoji viešoji vadyba yra tokia vadyba, kuri sudaro prielaidas dinamiškai raidai, o paradigmos tikslų įgyvendinimo sėkmė labai priklauso tiek nuo bendrosios politinės tiek ir nuo asmens kultūros, garbingumo ir atsakingumo. Naujosios viešosios vadybos pagrindinis uždavinys – siekiamybė kuo mažesnėm sąnaudom atlikti kiek įmanoma daugiau darbų ir kokybiškiau.

J. Abrahamson (1991) teigė, jog „naujoji viešoji vadyba – tai ne „nauja globali paradigma“, o tik trumpalaikis valdymo susižavėjimas. Kad naujoji viešoji vadyba, kaip „nauja globali paradigma“, per daug sureikšminama žiniasklaidos, vadybos konsultantų ir profesinių asociacijų, ji greitai išnyks, atsiradus naujesniems modeliams.“ (Vienažindienė, Sakalas, 2008, p. 177). Šiandienos įvairių pasaulio šalių patirtis rodo, kad naujoji viešoji vadyba tapo viena ryškiausių viešojo administravimo tendencijų, viešojo valdymo reformos pamatiniu modeliu.

Siekimas modernizuoti viešąjį sektorių, kai pagrindinis dėmesys skiriamas ne procesui, o rezultatams, suformulavo viešajame sektoriuje naują vadybinį požiūrį – naująją viešąją vadybą.

J. E. Lane (2000) naująją viešąją vadybą apibrėžia kaip praktinę ideologiją, kuri nurodo, kaip turi būti valdomas viešasis sektorius ir kaip turi būti teikiamos viešosios paslaugos. O vokiečių sociologo M. Vėberio viešojo administravimo biurokratinis modelis akcentuoja, kad valdžios funkcijas geriausiai įgyvendina biurokratinės organizacijos, kas yra priešinga naujosios viešosios vadybos teorijai. (Gudelis, Patapas, 2010).

Naujoji viešoji vadyba pradėjo formuotis XX a. aštunto dešimtmečio pabaigoje. „Naujosios viešosios vadybos doktrina atsirado 1970-aisiais ir buvo intensyviausiai pritaikyta angloamerikietiškose šalyse (Naujojoje Zelandijoje, Australijoje, Jungtinėje Karalystėje, Kanadoje, JAV). Viena iš populiariausių doktrinos metaforų yra „vairuoti, o ne irkluoti“, kuri reiškia pagrindinį dėmesį strateginiam valdymui vietoj einamųjų reikalų tvarkymo valdžios institucijose.“ (Nakrošis, 2011, p. 71).

„„Naujosios viešosios vadybos“ (angl. New Public Management) sąvoką savo straipsnyje „Viešasis administravimas visiems metų laikams?“ 1991 m. pirmasis apibrėžė Ch. Hoodas, nors šiam reiškiniui įvardyti siūloma ir kitų terminų.“ (Gudelis, Patapas, 2010, p. 123). Puškorius (2000) pažymi, jog „kiti autoriai vartoja ne sąvoką „naujoji viešoji vadyba“, o – *menedžerizmas* (angl. manageralism). Šiam požiūriui apibūdinti vartojami ir kitokie pavadinimai: rinka pagrįstas viešasis administravimas (market-based Public Administration), postbiurokratinė paradigma (post-bureaucratic paradigm), antreprenerinis valdymas (entrepreneurial government).“ (p. 102).

Didelės įtakos naujosios viešosios vadybos atsiradimui turėjo D. Osborne‘o ir T. Gaebler‘io teorija, paremta antrepreneriškos valdžios principu – tai valdžia, naudojanti savo resursus naujais

būdais, ji nuolat ieško naujų būdų efektyvumui ir produktyvumui didinti. Šie autoriai pateikia dešimt principų, kuriais vadovaujantis valdžios institucijos turėtų pakeisti savo veiklos esmę ir tapti labiau „verslіškomis“. *Jų požiūriu, pagrindiniai „verslinkiškos valdžios“ bruožai yra:*

1. *Katalitinė valdžia: vairavimas, o ne irklavimas. Valdžios institucijos turi kurti sprendimus, o paslaugų teikimą perduoti privačiam sektoriui, nevyriausybinėms organizacijoms arba paslaugas teikiančioms įstaigoms. Politikos formavimas ir administravimas turi būti atskirtas nuo paslaugų teikimo.*
2. *Bendruomenės valdžia: įgaliojimas, o ne tarnavimas. Valdžia turi ne tik teikti paslaugas gyventojams, bet ir skatinti žmones pačius spręsti savo problemas, remti gyventojų dalyvavimą svarstant ir sprendžiant jiems aktualius reikalus.*
3. *Konkurencinė valdžia: paslaugoms teikti sukuriamos konkurencinės sąlygos. Konkurencija yra viena iš priemonių, kuria galima pagerinti viešųjų paslaugų kokybę ir veiksmingesnį jų teikimą.*
4. *Valdžia, kuri vadovaujasi misija, o ne taisyklėmis: valdžios institucijų orientyrais tampa efektyvumas ir veiksmingumas. Kadangi per didelis veiklos reglamentavimas dažnai ne padeda, o trukdo, siekiama mažinti taisyklių skaičių.*
5. *Valdžia, orientuota į rezultatus: siekiama finansuoti rezultatus, o ne sąnaudas. Valdžios institucijose daugiau dėmesio imama skirti veiklos rezultatų matavimui ir vertinimui, biudžetas sudaromas pagrindus institucijos veiklos prioritetus pagal numatomus rezultatus.*
6. *Valdžia, orientuota į klientus: siekiama patenkinti kliento poreikius, o ne biurokrato. Valdžios institucijos įvairiais būdais tiria, kaip teikiamos viešosios paslaugos, kaip klientai jas vertina – atlieka klientų apklausas, numato piliečių skundų ir prašymų nagrinėjimo procedūras. Įgyvendinamas visuotinės kokybės vadybos principas, kuris numato, jog organizacijai svarbiausias asmuo yra klientas.*
7. *Valdžia, veikianti kaip įmonė: uždirbanti, o ne išleidžianti. Valdžios institucijos ne tik išleidžia biudžeto lėšas finansuodamos įvairias programas ar paslaugas, bet ir ieško būdų, kaip uždirbti lėšas, pavyzdžiui, nuomojant patalpas ar žemės sklypus, teikiant paslaugas už palūkanas, teikiant paslaugas, už kurias tiesiogiai moka vartotojai.*
8. *Prevencinė valdžia: užuot taisius padėtį, siekiama užkirsti kelią, problemoms atsirasti. Valdžios institucijos ne tik sprendžia susidariusias problemas, bet ir įgyvendina priemones, kuriomis sumažinama problemų atsiradimo galimybė, pavyzdžiui, ne tik gesinami gaisrai miškuose, bet ir imamasi gaisrų prevencijos.*
9. *Decentralizuota valdžia: pereinama nuo hierarchijos prie komandinio darbo, dalyvavimo. Valdymo struktūra yra decentralizuojama, suteikiant didesnes galias organizacijų padalinių vadovams ir specialistams, taip skatinamas darbuotojų dalyvavimas ir komandinis darbas.*

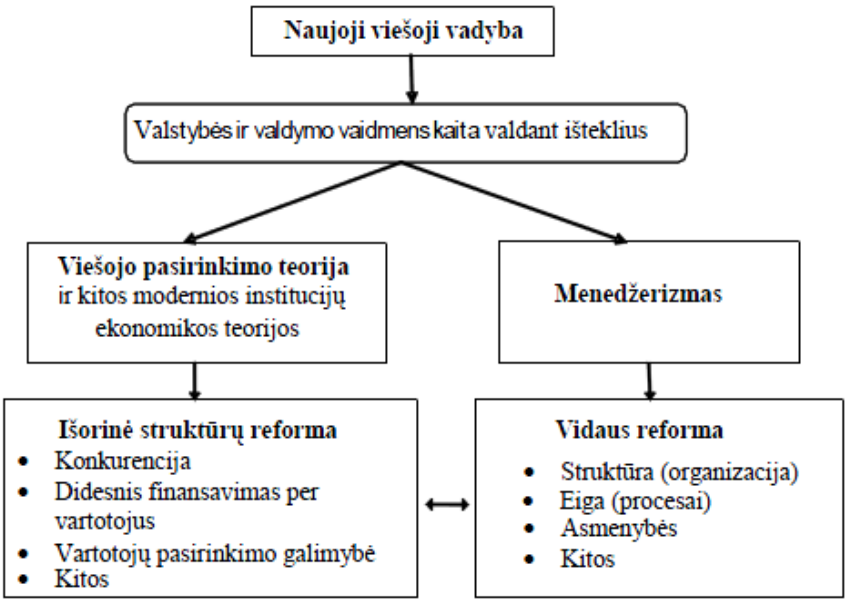
Įgyvendinamas decentralizavimas, suteikiant didesnį savarankiškumą viešąsias paslaugas teikiančioms įstaigoms, pavyzdžiui, mokykloms, ligoninėms.

10. *Į rinką orientuota valdžia: kaita reguliuojama rinkos svertais. Valdžios institucijos atsisako centralizuotų viešųjų programų ir tradicinių reguliavimo būdų. Imama labiau išnaudoti rinkos galimybes, siekiant viešųjų tikslų, reguliavimo politika vis daugiau remiasi įtaka rinkos dalyvių paskatoms, o ne nurodymais ir draudimais. (Gudelis, Patapas, 2010, p. 124-125).*

Svarbu paminėti, jog būtent JAV, Australijoje ir ypatingai Naujojoje Zelandijoje naujosios viešosios vadybos idėjos paplito ypač greitai ir plačiai, tuo tarpu Skandinavijos valstybėse bei kontinentinėje Europoje jos įsitvirtino kiek vėliau. Tai, kad doktrinos idėjos pasklinda ne vienodai įvairiose valstybėse, lemia nevienodas tų valstybių išsivystymo lygis, susiformavusios tradicijos bei konkrečios valstybės visuomenės ir vyriausybės gebėjimas tinkamai įvertinti viešojo administravimo kaitos reikalingumą (Domarkas, 2004).

„Diskusijoje apie naujosios viešosios vadybos teorinius šaltinius mokslininkai apsiriboja paprasta formule „**Naujoji Viešoji Vadyba = Menedžerizmas + Viešojo pasirinkimo teorija**“. 1 paveiksle viešojo pasirinkimo teorijos ir naujos institucijų ekonomikos principai yra išorinės struktūros reformos bazinė koncepcija, kurioje mėginama keisti požiūrį į viešojo sektoriaus valdymą, o menedžerizmas rekomenduoja perkelti privačiame sektoriuje taikomą instrumentarijų į viešąjį sektorių. (žr. 1 pav.). (Vienažindienė, Sakalas, 2008, p. 175).

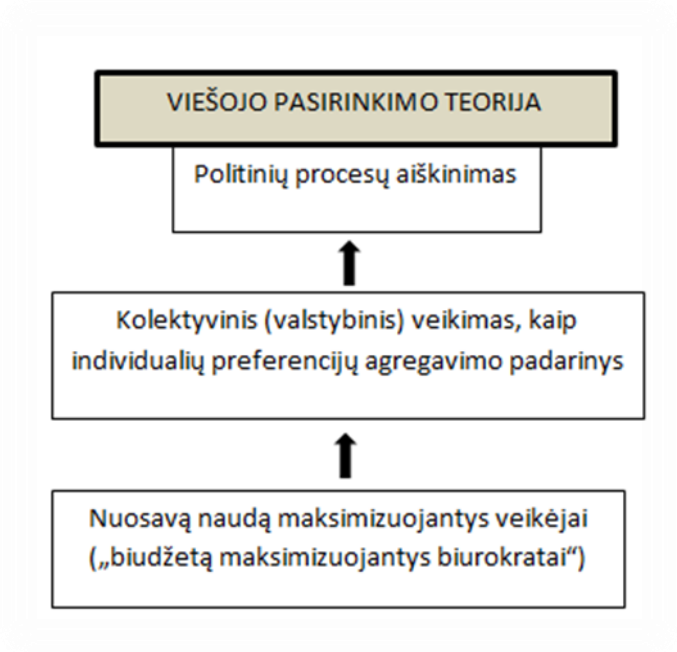
1 pav. Teoriniai naujosios viešosios vadybos pagrindai



Šaltinis: Vienažindienė, Sakalas, 2008, p. 176

Pasak mokslininkų, vienas iš naujosios viešosios vadybos teorinių šaltinių yra **viešojo pasirinkimo teorija** (angl. public choice theory), kuri kritiškai vertina tradicinį viešojo administravimo modelį, kuris rėmėsi Vėberio suformuluotu „idealiuoju biurokratijos modeliu“. Biurokratinės įstaigos stengiasi plėstis, netaupiai naudoja lėšas, o valstybės tarnautojai yra suinteresuoti įvairiomis privilegijomis. Didžiulio, neveiksmingo biurokratinio aparato išlaikymas sunkia našta gula ant eilinių mokesčių mokėtojų pečių. Biurokratai paskirsto nacionalinę pridėtinę vertę ne visų visuomenės ar suinteresuotų grupių, o savo naudai. (Gudelis, Patapas, 2010). „Personalo vadybos reikalavimai į naująją viešąją vadybą įdiegiami remiantis viešojo pasirinkimo teorijos prielaidomis apie naudą maksimizuojantį individą. 2 paveiksle pavaizduota schema rodo, kaip, remiantis šiuo požiūriu, grindžiamas sprendimų priėmimo procesas.“ (žr. 2 pav). (Thom, Ritz, 2004, p. 23)

2 pav. Politinio proceso aiškinimas pagal viešojo pasirinkimo teoriją

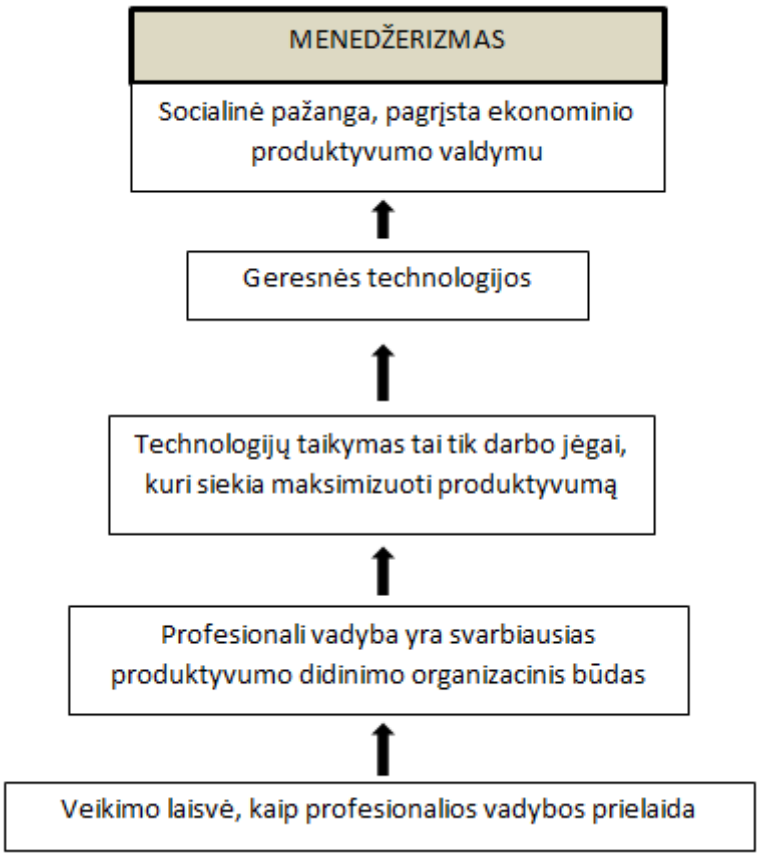


Šaltinis: Thom, Ritz, 2004, p. 23

Tiek biurokratai, tiek ir jų klientai vadovaujasi ekonominiais principais: pirmiausia lygina savo ribinę naudą ir sprendimams priimti reikalingas sąnaudas. Viešasis administravimas – tai ta pati rinka, kur biurokratai ir jų klientai mainosi savo suteikiamomis viešosiomis paslaugomis ir asmeniniais poreikiais. Viešojo pasirinkimo teorija aiškina valstybę ir jos biurokratiją kaip areną, kurioje „konkuruojama dėl teisės priimti sprendimus, už galimybę priartėti prie resursų, už vietas hierarchinėje struktūroje“. (Gudelis, Patapas, 2010, p. 127).

Kitu naujosios viešosios vadybos teoriniu šaltiniu galime laikyti **menedžerizmą**, kuris pasižymi vadybos principų taikymu problemų sprendime (žr. 3 pav.).

3 pav. Menedžerizmo socialinės pažangos aiškinimas



Šaltinis: Thom, Ritz, 2004, p. 24

Ch. Pollittas nurodė (Thom, Ritz, 2004), kodėl naujoji viešoji vadyba ir menedžerizmas labai glaudžiai suartėjo. Menedžerizmas viešajame valdyme reiškia dereguliavimą, decentralizaciją - darbų, galios ir funkcijų perdavimą, privataus sektoriaus vadybinių principų perėmimą. „Tipiniai vadybos konceptai, kurie iš privataus sektoriaus buvo perkelti į viešąjį sektorių yra visuotinė kokybės vadyba (Total Equality Management), lanksčioji vadyba (Lean Management), biznio proceso reinžinerija (Business Process Reengineering) ir verslo kultūros konceptas.“ (Thom, Ritz, 2004, p. 24). Taigi menedžerizmas veda prie technologijų tobulėjimo ir galiausiai prie socialinės pažangos.

Kaip vieną iš politinių naujosios viešosios vadybos atsiradimo faktorių galima įvardinti **globalizaciją**. Kaip teigia Domarkas (2007), „pastaraisiais dešimtmečiais kartu su ekonomikos, kultūros, švietimo ir kitų veiklos šakų globalizacija vyksta ir viešojo administravimo globalizacija,

pasireiškiant įvairių valstybių viešojo administravimo sistemų supanašėjimu, vienoms valstybėms perimant kitų valstybių patirtį“. (p. 13).

Sparčiai kinta rinkos sąlygos, žmonių poreikiai ir technologijų pažanga didėja, visa tai sąlygoja reformas viešajam valdyme. Šiai dienai nebeužtenka tik vadovauti, reikia racionaliai planuoti, organizuoti, derinti, vykdyti, inovuoti, lanksčiai reaguoti į pokyčius ir t.t. „Šiems procesams įtaką daro viešojo administravimo sistemos integracija į valstybės ir visuomenės raidos procesus bei adaptacija prie daugialypės išorinės ir globalios aplinkos (Domarkas, Masionytė, 2005, p. 17)“. Svarbiausia prielaida viešojo administravimo globalizacijai vistik galime laikyti ekonomikos globalizaciją, būtent ji susieta su rinkos internacionalizmu, paslaugų ir prekių tarptautine sklaida. Visa tai darė spaudimą valstybėms skatinti pertvarkyti savo viešąjį valdymą ir ieškoti būtų, kaip galima padidinti valstybinės ekonomikos konkurencingumą. Viešojo administravimo globalizacijos tendencijas geriausiai ir atspindi naujoji viešoji vadyba. Mokslininkai teigia, kad nereikia jos bijoti, o reikia imti viską, ką galima paimti gero ir teigiamo (Domarkas, Masionytė, 2005).

Socialine doktrinos kilmės priežastimi galima laikyti **individualizmą**. M. Vėberio „idealiosios biurokratijos modelio“ individai buvo skatinami veikti savanaudiškai tenkinant tik savo pačių poreikius, maksimalizuojant tik savo asmeninį biudžetą, nežiūrint į visuomenės gerovę. Kaip rašė Denhardt (2001), kapitalizmo varomoji jėga – kurti sąlygas, kurios leistų maksimaliai įsigalioti produktyvumui. To pasekoje į šoną stumiamos individualios socialinio elgesio formos, o kadangi biurokratų įtaka kyla, tai kyla ir formalus racionalusis organizavimas visuose socialiniuose lygiuose. Anot M. Vėberio, valstybės tarnautojai turi valdžiai paklusti tik tiek, kiek to reikia oficialioms pareigoms objektyviai atlikti, veiklos sritys yra aiškiai apibrėžtos pareigybių aprašymuose, kas pagimdė posakį „tai ne mano kompetencijos ribose“, o tai trukdo efektyviai veikti. Kandidatai į valstybės tarnautojo postą skiriami, o ne renkami, to pasekoje priėmimas į valstybės tarnybą gali būti savavališkas. Karjeros galimybę užtikrina ilgametė patirtis, kas trukdo veiklos lankstumui, kuria Hudo fatalistinį (priešingą veiksmui) požiūrį. *M. Vėberis numatė, kad rezultatas bus „naujas geležinis vergovės narvas“, kuriame visas į vertybes orientuotas socialinio bendravimo formas uždusins visagalės biurokratinės struktūros ir tankiai supinti formaliųjų ir racionaliųjų įstatymų bei reglamentų tinklai, kurių žmogus jokiais būdais negalės nugalėti. Teiginys, kad neišvengiamai ateityje žmonija turės paklusti nelanksčiai, disciplinuotai biurokratinei tvarkai, vargu ar suteikia Vėberiui akstiną ieškoti geresnio ryšio tarp individo ir organizacijos. (Denhardt, 2001, p. 49).* Taigi individualizmas traktuojamas kaip socialinis naujosios viešosios vadybos atsiradimo faktorius, kuris iškelia biurokratų asmenines vertybės aukščiau už piliečių, visuomenės, galų gale net valstybės vertybes.

1.2 Naujosios viešosios vadybos elementai

Jau minėtieji skirtingi autoriai skirtingai aiškina naujosios viešosios vadybos doktriną, tačiau apibendrinant autorių požiūrius galima sistemingai identifikuoti ją sudarančius elementus. J. Staponkienė (2005) sukonkretino 5 pagrindinius doktrinos struktūrinius elementus (žr. 1 lent.).

1 lentelė. Pagrindiniai naujosios viešosios vadybos struktūriniai elementai

Elementai	**Charakteristikos**
Decentralizacija	Viešųjų organizacijų skaidymas į atskiras, savarankiškas agentūras, valdymo funkcijų decentralizacija organizacijose, atsakomybės delegavimas, hierarchijos mažinimas, balansas tarp centrinių nurodymų bei vietos politikos
Privatizacija	Viešojo sektoriaus mažinimas, išlaidų viešajame sektoriuje optimizavimas, funkcijų perdavimas
Rinkos sąlygų formavimas viešajame sektoriuje	Konkurencijos tarp paslaugų tiek jų skatinimas, efektyvumo siekimas per kontraktų valdymą, orientacija į klientų poreikių tenkinimą
Privataus sektoriaus valdymo metodai	Optimalus išteklių valdymas, privataus sektoriaus apskaitos sistemų plėtojimas, kokybės vadybos metodų diegimas, naujų vadovavimo stilių taikymas, viešojo sektoriaus veiklos rezultatų matavimo rodiklių įvedimas, „atlygio pagal rezultatus“ sistemos formavimo skatinimas, personalo ugdymas bei mobilumas
Dalyvavimas	Gyventojų įtraukimas priimant sprendimus įvairiose šalies valdymo lygmenyse, personalo įtraukimas į viešųjų organizacijų valdymą

Šaltinis: adaptuota pagal Staponkienę, 2005, p. 86

Decentralizacija suprantama kaip viešųjų struktūrų skaidymas į mažesnes, savarankiškas struktūras, taip suteikiant struktūrų padalinių vadovams didesnę atsakomybę. Bačkūnaitė (2007) decentralizaciją apibūdina kaip „valdžios ir atsakomybės už viešųjų funkcijų vykdymo perdavimas iš centrinės valdžios jai pavaldžiai valdžiai ar kvazinepriklausomoms valstybinėms organizacijoms ir (arba) privačiam sektoriui.“ (p. 301). Kaip teigė D. Osborne‘as ir T. Gaebler‘is (1992) – decentralizacija skatina pereiti nuo hierarchinio, prie komandinio darbo. Staponkienė teigia, kad

decentralizacija leidžia, kad viešosios paslaugos būtų teikiamos dėmesingiau ir sparčiau, labiau suderinus su vietiniais ir individualiais poreikiais. Tai leidžia atsirasti labiau patenkintam ir skatinamam personalui, kurio darbas iškart tampa produktyvesnis, prisiimant atsakomybę už rezultatus. Decentralizavimas, pereinant nuo pakopų prie horizontaliojo valdymo, leidžia įsigilinti į visų lygių piliečių poreikius, leidžia priartėtu prie vietos savivaldos tinklų, kurie yra artimesni piliečiams. (Staponkienė, 2005).

Privatizacija – tema, ko gero sukėlusi daugiausiai diskusijų viešoje erdvėje. Siekiant rezultatyvumo, yra siūloma pereiti prie viešojo sektoriaus privatizavimo – verslo dalyvavimas, vykdant ir įgyvendinant viešąją politiką. A. Raipa (2007) rašo, jog „analizuojant privatizavimo fenomenalumą, autoriai beveik vieningai sutinka, kad reikiamas privatizavimo lygmuo yra itin reikšmingas valdymo instrumentas, padedantis valdyti ir reguliuoti valstybės institucijų ir privataus verslo struktūrų santykius, siekti efektyvesnio ekonominės politikos įgyvendinimo.“ (p. 34). Juk tarptautinė privatizavimo patirtis rodo, kad įgyvendinant šią politiką, valdžia privalo suvokti privatizavimo tikslingumą ir kiek valstybės institucijos gali veikti privatizavimo procesus, kiek gali juos reguliuoti ir valdyti. Dažnai valstybinė nuosavybė yra traktuojama kaip „niekieno“, o jos valdymo ir naudojimo efektyvumo kriterijai rodo toli gražu tikrai ne teigiamus rezultatus. (Raipa, 2007).

Privatizavimo priemonės sudaro galimybes rinktis paklausos pusėje ir konkuruoti pasiūlos pusėje. *Esmines privatizavimo priemones sudaro: mokesčių pakeitimas rinkliava; konkursų sutartims viešosioms paslaugoms teikti organizavimas, kai atsižvelgiama į keleto tiekėjų siūlomas kainas; viešojo turto nuoma paslaugas teikiančiam privačiam sektoriui; valstybinių įmonių perdavimas privataus sektoriaus atstovams; privačios vadybos metodų - tokių kaip naujų biudžeto formavimo ir veiklos vertinimo sistemų bei asmeninių paskatų mechanizmų taikymas viešosiose organizacijose; konkurencijos sukūrimas viešajame sektoriuje, sistemingai lyginant sąnaudas su rezultatais ir taikant efektyvumo kriterijus (Staponkienė, 2005, p. 87).*

„Į vartotoją (klientą) orientuoto viešojo administravimo samprata sudaro „naujosios viešosios vadybos“ doktrinos pagrindą“ – rašo R. Civinskas (2007, p. 212). Anot autoriaus, **rinkos tipo mechanizmų diegimas viešajame sektoriuje** kitaip dar vadinamas „marketizavimu“. Esminis siekis yra konkurencijos skatinimas, efektyvumo siekimas ir orientacija į klientų poreikių tenkinimą. J. Staponkienė (2005) nurodo rinkos mechanizmo pagrindinę ašį - rinkos modelio viešajame sektoriuje pagrindas yra „tikėjimas, kad nevaržomas rinkos jėgų veikimas tarp savo interesų turinčių dalyvių – individų, bendruomenių, viešojo ir privataus sektorių organizacijų – sukurs pusiausvyrą, kuri tam tikra prasme ir bus maksimaliai pasiekiama socialinė gerovė.“ (p. 88). Taigi viešosios programos, orientuotos į rinką, yra kur kas konkurencingesnės, efektyvesnės, nes reaguoja į aplinkos pokyčius ir geba sparčiai prie jų prisitaikyti.

Tačiau orientacijos į rinką samprata sulaukė griežtos akademinės bei visuomenės kritikos. Kaip pagrindinį trūkumą, autorė akcentuoja, jog daugeliui viešojo sektoriaus teikiamų paslaugų gali nebūti alternatyvos arba jos gali būti tokios brangios, kad nebus prieinamos visiems piliečiams. Taip būtų užkertamas kelias individo pasirinkimo galimybėms. (Stanpokienė, 2005).

Paskutinysis Staponkienės (2005) išskirtas naujosios viešosios vadybos elementas yra **privataus sektoriaus valdymo metodų perėmimas.** Galima išskirti tokius pagrindinius privataus sektoriaus principus: optimalus išteklių valdymas, kokybės vadybos metodų diegimas, naujų vadovavimo stilių taikymas, viešojo sektoriaus veiklos rezultatų matavimo rodiklių įvedimas, „atlygio pagal rezultatus“ sistemos formavimo skatinimas, personalo ugdymas bei mobilumas. Naujosios viešosios vadybos kontekste kokybės vadyba pabrėžia – viešajame valdyme turi mažėti biurokratinių metodų ir daugėti verslo elementų, nes tik laikantis kokybės standartų galima įgauti tiek partnerių, tiek piliečių/klientų/pirkėjų palankumo ir pasitikėjimo. Diegiant kokybės vadybą organizacijoje, reikia nustatyti, kokių kokybės standartų bus laikomasi ir kaip kokybė bus matuojama. Diegime dalyvauja visi darbuotojai, nes turi būti užtikrinamas kokybės standartų laikymasis visose personalo grandyse. „Rezultatyvumo vertinimas padeda keisti organizacijos kultūrą ir elgesį taip, kad būtų geriau ir efektyviau pasiekti bendrieji, o ne atskirų padalinių tikslai.“ (Staponkienė, 2005, p. 89). Žmogiškųjų išteklių valdymas taip pat yra labai svarbus, nes tik mobilizuojant ir ugdant savo personalą vadovas gali aiškiai atskleisti organizacijos tikslus, misiją ir išaiškinti personalo vietą tikslų realizavimo procese. Optimalus išteklių valdymas leidžia siekti sisteminio racionalumo.

Geriausiai piliečių pasirinkimą parodo jų dalyvavimas sprendimų priėmime. Būtent **pilietinis dalyvavimas** skatina demokratinį pilietiškumą. „Ashfordas (2003) teigia, kad valdžia sutrauko žmones jungiančius saitus, nes suima į savo rankas ir centralizuoja galią ir išteklius bei pakerta pilietinį lojalumą, reikalaudama piliečių laiko, pinigų bei užuojautos, todėl valdžia yra pilietinės visuomenės priešas.“ (Petukienė, Tijūnaitienė, 2007, p. 229).

Kaip rašo autoriai V. Smalskys ir E. Skietrys (2008), piliečių priartėjimas prie vietos savivaldos ne tik modernizuoja viešąjį valdymą, bet ir pagerina piliečių aptarnavimą. *Vakaruose tai vadinama „pirmiausia piliečiai" idėja. Piliečių bendruomenės skatinamos aktyviau įsitraukti į administravimo procesą, kurti piliečių komitetus kaip patarėjų grupes specialiose viešosios politikos srityse; geros kaimynystės bendruomenės idėja ugdant piliečių atsakomybę įvairiose, pavyzdžiui, nusikaltimų prevencijos, srityse. Toks piliečių bendruomenių dalyvavimu paremtas administravimas tampa demokratiškesnis, sprendimų priėmimo procesas skaidresnis (Smalskys, Skietrys, 2008, p. 65)*.“ Taigi piliečių įtraukimas priimant sprendimus viešojoje politikoje yra vienas iš pagrindinių socialinių principų.

Išanalizavus naujosios viešosios vadybos struktūrinius elementus pastebėta, kad visi jie susiformavo orientuojantis į Vėberio biurokratines koncepcijas, norint jas modernizuoti. Elementų esmę sudaro bandymai perkelti ekonomikos, privačios rinkos mechanizmų formavimą į viešąjį sektorių, sujungti tradicinį viešąjį sektorių su rinkos, privatizavimo, decentralizavimo, pilietinio dalyvavimo uždaviniais, orientuojantis į pilietį bei demokratinio valdymo sąlygas.

Apibendrinant galima teigti, kad naujoji viešoji vadyba – globalinė įvairaus pobūdžio viešojo sektoriaus reforma, kuri siekia efektyvumo ir rezultatyvumo visuose viešojo valdymo lygmenyse. Jos atsiradimą sąlygojo politiniai, ekonominiai, socialiniai ir technologiniai veiksniai. Globalizacija ir efektyvumo siekimas sudarė puikias sąlygas įtraukti visas suinteresuotas piliečių grupes į viešosios politikos formavimą, priėmimą ir įgyvendinimą, o tai skatina didesnį politinį piliečių domėjimąsi ir dalyvavimą. Remiantis viešojo pasirinkimo teorija ir menedžerizmu, viešajame sektoriuje pradėta diegti privataus sektoriaus valdymo metodai ir nuo hierarchinio pakopų valdymo vyksta perėjimas prie horizontaliojo. Taigi naujoji viešoji vadyba palaipsniui išstumia tradicinį vėberinį biurokratijos modelį ir modernizuoja viešąjį administravimą.

1.3 Naujosios viešosios vadybos trūkumai

Naujoji viešoji vadyba yra plati sąvoka, kuri apima viešojo sektoriaus reformas, siekia jį modernizuoti. Naujosios viešosios vadybos koncepcija remiasi efektyvumo siekiamybe visuose viešojo valdymo lygiuose. Kaip ideologija, naujoji viešoji vadyba nėra bloga, tiesiog ji remiasi teoriniais pagrindais, o ne patvirtinta praktika. Šiuolaikiniame etape naujosios viešosios vadybos mokykla susilaukia vis daugiau kritikos. Apie naujosios viešosios vadybos metodų (decentralizacijos, privatizacijos, rinkos sąlygų formavimo viešajame sektoriuje, dalyvavimo, privataus sektoriaus valdymo metodų) integraciją į viešąjį sektorių žinoma nuo pat Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, tačiau vis dar nėra aišku, ar šie metodai atnešė daugiau privalumų negu trūkumų. J. Babravičius ir I. Dzemyda (2012) teigia, kad norint įgyvendinti tam tikras reformas, jų politinė retorika kartais būna skambesnė negu gaunami rezultatai: „Būtina tirti naujosios viešosios vadybos elementų diegimo ir įgyvendinimo politikos specifiką ir atsakyti į tokį klausimą: ar iš tikrųjų naujoji viešoji vadyba geba viešąjį valdymą paversti efektyvesniu, o gal priešingai – tam tikrai atvejais sukuria naujų problemų, dar neišsprendus senųjų?“ (p. 52).

Akivaizdu, kad naujoji viešoji vadyba atnešė ir neigiamų rezultatų viešajam sektoriui. Tokie autoriai kaip Ch. Pollitt, G. Bouckaert (2003) nurodo tam tikrų naujosios viešosios vadybos reformos aspektų žlugimą. Decentralizuojant valstybines įstaigas, jų pavaldumas atitenka vietos savivaldai, taip suteikiant jai per didelę autonomiją ir prarandant valstybės „vadeles“ centrinėje valdžioje. Iš esmės tokiu būdu vietos savivaldos institucijos tampa per didelės, todėl kyla tokių problemų kaip kontrolės

stoka. Mažinant valstybines įstaigas yra pažeidžiamas laisvo pasirinkimo bei viešo intereso principas. „Decentralizuojant hierarchines struktūras ir skaidant jas į autonomiškas agentūras, atsiranda kitų problemų, tokių kaip koordinavimo stoka ar jo praradimas. Agentūros autonomijos, kontrolės ir valdymo principai buvo nagrinėjami modeliuojant jų funkcijų modelius arba transformacijų perspektyvas.“ (Babravičius, Dzemyda, 2012, p. 54).

Viešąsias gėrybes bei viešąsias paslaugas teikiančių institucijų privatizavimas rodo, kad valstybė praranda kontrolę privatizuotose įstaigose ir nemato, kaip yra vykdomas viešasis interesas. „Privatizacijos oponentai tiki, kad tam tikros viešosios gėrybės ir paslaugos turi likti valdžios rankose, kad būtų užtikrintas tų paslaugų prieinamumas kiekvienam visuomenės nariui, nepriklausomai nuo jo socialinės padėties ar pajamų.“ (Babravičius, Dzemyda, 2012, p. 56). Privati praktika rodo, kad valstybė praranda kontrolę privatizuotose įstaigose. Privatizuojant valstybines įstaigas, yra sulaužomas laisvo viešųjų paslaugų prieinamumo, lygybės bei laisvo pasirinkimo principas, nes viešosios paslaugos tampa ne kiekvienam visuomenės nariui prieinamos, kadangi jos yra orientuotos į piliečio piniginę.

Naudojant rinkos mechanizmo arba orientacijos į rezultatus principus, pastebimas ryškus teorijos ir praktikos nesutapimas – pati rinkos sąlygų formavimo koncepcija nėra ydinga, ji orientuota į piliečių poreikių tenkinimą bei konkurencijos augimą. Konkurencija tarp viešųjų įstaigų nėra pakankamai aštri, dėl to šiai dienai viešų paslaugų kainos yra per didelės. O tai, kad viešųjų paslaugų politika nemato piliečio kaip kliento rodo, kad ji nėra pakankamai orientuota į rezultatyvumą. Staponkienė (2005) teigia, kad prisiderinant prie rinkos reikalavimų daugumą teikiamų viešųjų paslaugų, yra tikimybė, kad joms nebus jokių siūlomų alternatyvų, o jei ir bus, tai jos bus tokios brangios, kad nebus prieinamos kiekvienam piliečiui. Tai sąlygoja laisvo pasirinkimo principo sulaužymą, nors laisvas individo pasirinkimas demokratinėje visuomenėje yra svarbiausias elementas.

Piliečių dalyvavimas priimant sprendimus laikomas sėkmingu naujosios viešosios vadybos reformos padariniu. Ten, kur rekomendacijos dėl bendruomenės dalyvavimo buvo įgyvendintos, paslaugų kokybė ir vartotojų pasitenkinimas padidėjo.

A. Tumėnas straipsnyje „Naujoji viešoji vadyba ir jos mitai“ (2008) pateikia 6 mitus ir teigia, kad jie negali būti naudojami viešajame sektoriuje veiksmingai, kadangi naujosios viešosios vadybos spindesys yra kritęs tiek akademinėje, tiek ir praktinėje bendruomenėje. (Tumėnas, 2008, p. 45-46).

Pirmas mitas – modernizavimas, kuris yra „tuščias“, kadangi terminas „moderni valstybė“, pats iš savęs, nekuria jokios politinės prasmės.

Antras mitas – naujoji viešoji vadyba yra priešingybė tradiciniam viešajam administravimui, kadangi norint pabrėžti naujosios viešosios vadybos privalumus, yra perdėtai ryškinami tradicinio viešojo administravimo „biurokratiniai“ trūkumai.

Trečias mitas – naujoji viešoji vadyba traktuojama kaip naujas valdymas, ignoruojant prieš tai buvusias teorijas ir nevertinant sukauptų jau esamų žinių.

Ketvirtas mitas teigia, kad naujoji viešoji vadyba įveiks biurokratiją. „Netinkamai taikoma naujoji viešoji vadyba sukuria būtent tai, ką kritikavo biurokratijos kritikai, – galimybę ir būtinybę viešojo sektoriaus organizacijoms orientuotis į jų įvertinamų organizacinių poreikių tenkinimą.“ (p. 45).

Penktas mitas – naujoji viešoji vadyba sudaro prielaidas efektyvumo didinimui. „Mitas neteisingas, nes atskyrus vairavimą nuo irklavimo ir perėjus prie rezultatais ir tikslais paremto valdymo, o pagrindine siekiama vertybe pasirinkus efektyvumą, organizacinių struktūrų, sistemų, kultūros ir kitų organizacinių parametrų pasirinkimas yra ribotas.“ (p. 46).

Šeštas mitas teigia, kad naujoji viešoji vadyba yra neutrali politiniu atžvilgiu. Tai būtų tiesa, jeigu ji būtų diegiama pavienėse organizacijose, tačiau naujosios viešosios vadybos tikslas yra reformuoti patį viešąjį valdymą, todėl naudojant naująją viešąją vadybą plačiaja prasme yra keičiami privačių organizacijų, viešų organizacijų ir politiniai santykiai.

Guogis (2007) rašo, kad naujosios viešosios vadybos trūkumai yra tokie: „Per didelė viešųjų procesų „ekonomizacija“ ir orientavimasis į paslaugų gavėjus kaip į ekonominius klientus“ (p. 56). Norima pabrėžti, kad yra svarbūs kultūriniai ir politiniai aspektai. „Naujoji viešoji vadyba pasižymi ilgalaikės veiklos būtinybe. Šveicarijos pavyzdžiu buvo įsitikinta, kad jos rezultatai akivaizdūs tik po mažiausiai ketverių metų, o tai yra sunkiai įgyvendinama šiuolaikiniame „trumpalaikiame pasaulyje.““ (p. 56). To pasekoje matoma, kad naujoji viešoji vadyba gali kelti ir netikrus bei neįgyvendinamus lūkesčius.

Diskusijos apie naująją viešąją vadybą turi būti propoguojamos plačiąja prasme, tačiau vertinant ją kritiškai ir jos elemetų diegimas bei įgyvendinimas turi būti plačiai pasvertas besiremiant stipria moksline analize. Todėl prieš imantis naujosios viešosios vadybos reformų konkrečioje įstaigoje, sektoriuje, valstybėje, reikia išsamiai išanalizuoti ne tik teigiamas, bet ir neigiamas galimas pasekmes (žr. 2 lent.). „Išanalizavus naujosios viešosios vadybos elementus konstatuotina, kad jie gali atnešti teigiamų pokyčių į viešąjį sektorių, padarydami jį efektyvesnį, paskatinti konkurenciją, tačiau lygiai taip pat gali sukelti naujų problemų arba tiesiog nespręsti esamų.“ (Babravičius, Dzemyba, 2012, p. 268-269).

2 lentelė. Naujosios viešosios vadybos disfunkcijos

Elementas	Trūkumai
Decentralizacija	• Per didelė autonomija vietos savivaldai • Nežinomybė, ar užtikrinamas viešas interesas

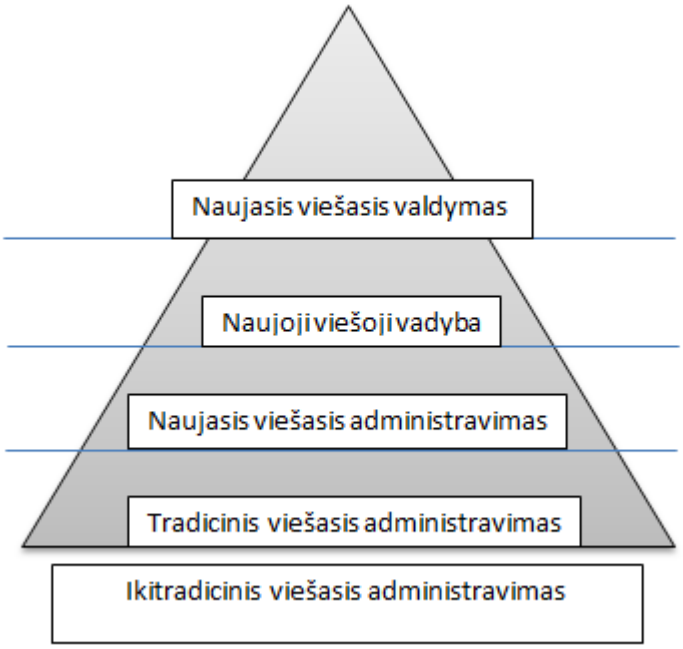
Agentūrizacija	• Kontrolės stoka arba galimas jos praradimas • Atskaitomybės nebuvimas
Privatizacija	• Kontrolės praradimas • Nematomas viešo intereso vykdymas • Individo laisvo pasirinkimo principo sulaužymas • Orientacija į piliečio „piniginę“
Rinkos metodų formavimas	• Konkurencijos nebuvimas tarp viešųjų įstaigų skatina kainų už viešas paslaugas augimą • Viešųjų įstaigų konfliktavimas
Orientacija į rezultatus	• Nėra orientacijos į pilietį kaip į klientą, dėl to apie rezultatyvumą kalbėti negalima • Nėra kaip įrodyti rezultatų sėkmingumo ir efektyvumo

Šaltinis: sudaryta autorės (remiantis Dzemyda ir Babravičium, 2012)

1.4 Naujojo viešojo valdymo analizė: samprata ir ištakos

Naujoji viešoji vadyba susiformavo XX a. devintajame dešimtmetyje, siekiant privataus sektoriaus vadybinių principų taikymo viešajame sektoriuje, taip užtikrinant rezultatyvų ir efektyvų viešąjį valdymą. Šiuolaikiniame etape naujoji viešoji vadyba yra įvardijama kaip naujasis viešasis valdymas, į kurį ji transformavosi XXI a. pirmajame dešimtmetyje. “Pastarieji dešimtmečiai buvo daugelio valstybių viešojo administravimo ryškių pasikeitimų metai. Vyko viešojo administravimo paradigmų kaita, kurioje, anot G. S. Cheema, gali būti skiriamos keturios stadijos: 1) klasikinio arba tradicinio viešojo administravimo; 2) viešosios vadybos; 3) naujosios viešosios vadybos; 4) viešojo valdymo.” (Domarkas, 2011, p. 10). Kadangi reforma yra tęstinis procesas, transformacija vyksta iki šių dienų ir ją galėtume vadinti dinamine kaita. (žr. 4 pav.). Osborne‘as (2010) naująją viešąją vadybą vadina pereinamuoju modeliu – „Naujoji viešoji vadyba iš tikrųjų buvo pereinamasis etapas nuo tradicinio viešojo administravimo raidos iki šių dienų vadinamojo naujojo viešojo valdymo“. (p. 1).

4 pav. Viešojo administravimo raida



Šaltinis: sudaryta autorės

Pirmiausia, teigia Osborne‘as (2010), reikia pabrėžti, kad naujasis viešasis valdymas nėra nauja paradigma, kuri save vadintų “geriausiu valdymo modeliu”. “Naujasis viešasis valdymas yra konceptuali priemonė, galinti padėti atskleisti šių dienų viešojo valdymo problemų sudėtingumą” (p. 6). Taip pat autorius akcentuoja, kad terminai “valdymas” ir “viešasis valdymas” yra ne nauji terminai – jie atėję su didele teorine ir ideologine patirtimi. Skiriamos 5 skirtingos naujojo viešojo valdymo kryptys-definicijos:

1. *Socialinis-politinis valdymas*, kuris siejamas su visapusišku valstybinių institucijų ir visuomenės bendravimu.
2. *Viešosios politikos valdymas*, kuomet politikos veikėjai ir tinklai sąveikauja, kurdami ir valdydami viešosios politikos procesą.
3. *Administracinis valdymas* veiksmingai taiko viešojo administravimo principus ir naudoja juos atsižvelgiant į sudėtingumus šiuolaikinėje valstybėje.
4. *Kontraktų valdymas* siejamas su naujosios viešosios vadybos ir kontraktinių santykių valdymu teikiant viešąsias paslaugas.
5. *Tinklaveikos valdymas* susijęs su tuo, kaip savarankiškai tinkai funkcionuoja su arba be valdžios įsikišimo teikiant viešąsias paslaugas.

Pasak vieno žymiausių valdymo analitikų M. Bevir (2010), „valdymo“ sąvoka asocijuojasi labiau su pliuralistiškesniu valdymo būdu nei su „valdžios“ sąvoka: „valdymas yra mažiau orientuotas

į valstybines institucijas, daugiau dėmesio skiriama procesams ir sąveikoms, įtraukiant pilietinę visuomenę“ (p. 1). „Salamon (2002) pasiūlė terminą „naujasis valdymas“, kuris pereina nuo valstybinių institucijų ir hierarchijos prie tinklaveikos klausimų, nuo mąstymo „viešas prieš privatų“ prie „viešas ir privatus“, nuo vadovavimo ir kontrolės prie derybų, nuo paprastų valdymo įgūdžių prie funkcionalių ir racionalių valdymo įgūdžių“ – rašo P. W. Ingraham ir L. E. Lynn. (2004, p. 3-4). Šie autoriai taip pat teigia, kad viešasis valdymas iš esmės yra politinis, nes jis prasideda ir pasibaigia su politika, akcentuoja derybų ir kompromisų svarbą, pripažįsta nugalėtojus ir pralaimėtojus. „Šis požiūris yra svarbus šios koncepcijos išskirtinumas, kadangi naujosios viešosios vadybos autoriai vengė nagrinėti politikos vaidmenį viešojo administravimo procese, savo požiūrį traktavo kaip grynai organizacinį-vadybinį, taip iš esmės atgaivindami teoriškai seniai kritikuojamą politikos ir administravimo dichotomiją.“ (Pivoras, Visockytė, 2011, p. 29). Viešojo valdymo doktrinos tyrėjas L. E. Lynn (2004) patį naująjį viešąjį valdymą mato kaip rėžimą, kuomet įstatymais, aktais, teisminiais nutarimais yra ribojama valdžios veikla kuriant ir teikiant viešąsias paslaugas. Autorius taip pat išvedė viešojo valdymo logikos formulę: O = f (E, C, T, S, M). (2004, p. 7). Formulės vertimas atrodo taip:

R = f (A, K, P, S, V), kur:

- R – rezultatai, gali būti individualūs ir organizaciniai;
- A – aplinkos faktoriai, gali būti politiniai, socialiniai ir ekonominiai ir pan.;
- K – klientai;
- P – procesai;
- S – struktūros (administracinės, organizacinės institucijos);
- V – vadyba (programos, strategijos, veiksmai).

Įvairūs autoriai įvairiai apibėžia naująjį viešąjį valdymą, išskiriant vienus ar kitus principus. **Taigi naujasis viešasis valdymas yra viešojo administravimo doktrina, kuri akcentuoja strateginio valdymo, admininstracinių principų, tarporganizacinės sąveikos, socialinės darnos, viešosios politikos svarbą, vengiant “verslіškos valdžios” principų.**

Pagal Denhardt (2001), viešasis valdymas yra tokia paradigma, kuri skatina privatizaciją, darbų vertinimo idėją, strateginį planavimą bei administracines technologijas, tokias kaip sutarčių sudarymas, darbų atlikimo įvertinimas, orientacija į klientų aptarnavimą, rinkos sąlygų diegimas. Guogis (2009) skiria tokį naujojo viešojo valdymo tikslą – „pagerinti visus keturis „socialinio kapitalo“ komponentus: socialinius ryšius, pilietinį dalyvavimą, bendradarbiaujantį veikimą ir abipusę paramą bei įtaką.“ Galima teigti, kad **pagrindinis naujojo viešojo valdymo tikslas – socialinių ryšių gerinimas. “**Naujasis viešasis valdymas Rytų Europai ir Lietuvai yra dar aktualesnis negu Vakarams, nes čia yra per mažai socialinio pasitikėjimo ir per daug asimetrinės informacijos.” (Guogis, 2009).

Skiriami tokie **naujojo viešojo valdymo principai**: socialinė kokybė, ekonominis socialinis saugumas, socialinė įterptis, socialinė sanglauda, socialinis įgalinimas, socialinė atsakomybė, socialinis teisingumas, korupcijos nebuvimas, atvirumas, skaidrumas, pliuralizmas, demokratija, aktyvi NVO veikla, ir kas svarbu – aktyvus piliečių dalyvavimas.

Todėl galima teigti, kad **naujojo viešojo valdymo objektas yra pilietis.** *Piliečių dalyvavimas yra esminė prielaida demokratiškam valdymui, kadangi pilietiškumas reiškia ne vien individualius interesus, bet ir socialines vertybes, siekius ir rūpinimąsi kitais. Piliečiai traktuojami kaip valdžios „savininkai" ir laikoma, kad viešojo administravimo tarnautojai turi tarnauti piliečiams, atsižvelgdami į demokratinės visuomenės daugiasluoksnę atsakomybę, etiką ir atskaitomybę.(Guogis, 2009).* Taigi valstybės tarnautojo pagrindinė pareiga yra tarnavimas, o ne pareigų vykdymas skatinimais, raginimais ir manipuliavimais.

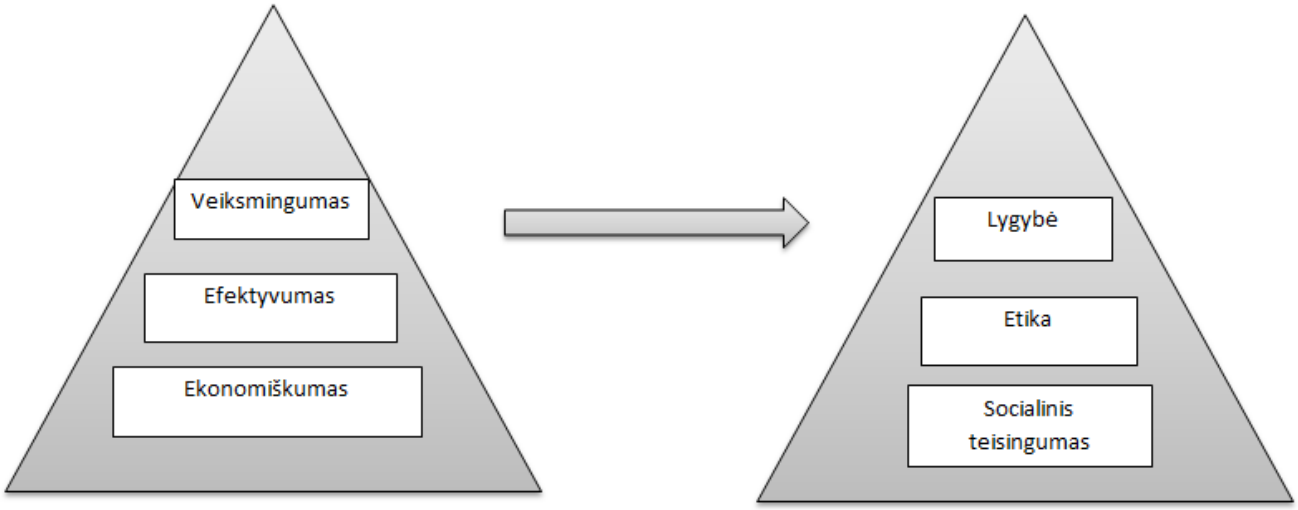
Pastaruoju metu, kai nuslūgo žavėjimasis naująją viešąja vadyba, pradėta diskutuoti, kad viešajam sektoriui reikia, kad būtų akcentuojamos sąvokos "pilietis", "garbė", "skaidrumas", "demokratija", o ne "klientas", "rinka" ir "konkurencija". "Naujai besiformuojančiai ideologijai pagrindą sudaro pilietiškumo, bendruomenės ir pilietinės visuomenės teorijos bei organizacinis humanizmas. Naujasis viešasis valdymas remiasi demokratija ir tarnavimu visuomenei bei yra savotiška alternatyva naujajai viešajai vadybai, kuri yra grindžiama ekonomikos teorija ir individualiais interesais." (Guogis, 2009).

Naujojo viešojo valdymo reikšmingumą pabrėžia jo siekis mažinti socialinę atskirtį, kadangi visos socialinės grupės, įskaitant ir margalines grupes, yra įtraukiamos naudojant piliečių dalyvavimo principą, aktyvaus dalyvavimo principą – keliant kvalifikaciją, įsidarbinant, vengiant didelės priklausomybės nuo valstybinių išmokų, taip gerinant darbingumą bei darbo etiką, keliant savirealizacijos ir savigarbos lygį. "Galima teigti, kad Naujojo viešojo valdymo atveju kaip niekada anksčiau susilieja aukštesnė verslo ir viešojo administravimo etika, kūrybinės žinių ekonomikos skatinimas ir aktyvi socialinė politika. Socialinis ir žmogiškasis, o ne spekuliatyvus finansinis kapitalas tokiu atveju dominuoja visuomenės sąrangoje." (Guogis, 2009).

Naujajam viešajam valdymui taip pat kaip ir naujajai viešajai vadybai yra nesvetima 3E koncepcija. Puškorius (2002) teigia, kad naujoji viešoji vadyba naudojo tokias veiklos vertinimo sampratas - ekonomiškumą (Economy), efektyvumą (Efficiency) ir veiksmingumą (Effectiveness). *"Ekonomiškumas suprantamas kaip panaudotų išteklių, reikalingų kokiam nors rezultatui gauti (pagaminti prekę, suteikti paslaugą ir pan.), minimizavimas išlaikant tam tikrą tų rezultatų kokybę.<...> Efektyvumas yra santykis tarp pageidautinų veiklos rezultatų ir panaudotų tiems rezultatams pasiekti kompleksinių išteklių, indėlių, išlaidų bei kitų resursų. <...> Veiksmingumas – tai nustatytų tikslų įgyvendinimo laipsnis, panaudojus tam tikrą išteklių kiekį."(Puškorius, 2002, p. 31-33).* Naujajam viešajam valdyme 3E koncepcija yra pakeista – socialiniu teisingumu (Equity), lygybe

(Equality) ir etika (Ethics). (žr. pav. 5). “Ši nauja 3 E koncepcija reiškia, kad nuo 2000 metų reformose pradėjo vyrauti orientacija į kitas institucines ir administracines vertybes.” (Guogis, 2009).

5 pav. 3E koncepcijos virsmas



Šaltinis: sudaryta autorės

Naujasis viešasis valdymas neatsisako santykio su naująja viešąja vadyba. Valdymas yra sėkmingai identifikavęs naujosios viešosios vadybos privalumus ir trūkumus, todėl nemažai yra pasiskolinęs ir perėmęs principų iš jos. “Reikia pripažinti, kad iki XXI a. pradžios viešojo valdymo teorijoje aiškiai nepakankamai analizuojamos ir apibendrinamos naujosios viešosios vadybos inspiruotos praktinės viešojo valdymo bei viešojo sektoriaus reformos, vertinant pasiekimus bei ryškėjančias tam tikras disfunkcijas.” (Raipa, 2011, p. 168). Nors naujasis viešasis valdymas skiriasi nuo naujosios viešosios vadybos, negalima paneigti ir paradigmos panašumų. Siekis išlieka tas pats – padaryti viešąjį sektorių veiksmingesnį bei užtikrinti efektyvią bei sklandžią jo veiklą, naudojant racionaliai esamus išteklius, keliant darbuotojų kvalifikaciją, įtraukiant piliečių iniciatyvas į valdymą, taikant pokyčių valdymą. Naująjį viešąjį valdymą su naująja viešąja vadyba taip pat sieja ir žmogiškojo kapitalo svarbos suvokimas. *Mažiau Naujajam viešajam valdymui yra svarbi Naujoji viešoji vadyba kaip entrepreneriška (verslininkiška) valdžia, tačiau jam svarbūs Naujosios viešosios vadybos propaguoti visuotinės kokybės vadybos, besimokančios organizacijos, informacinių technologijų reikšmės ir elektroninės valdžios bei administracinio kūrybingumo elementai. Tačiau kaip išskirtinį Naująjį viešąjį valdymą daro jo orientacija į demokratijos plėtrą – darbuotojų, piliečių dalyvavimą valdyme, veiklos skaidrumą ir atvirumą, elektroninę demokratiją, gerą tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir demokratijos plėtrą darbo vietoje.(Guogis, 2009).* Visi šie išvardinti elementai jungia naująjį viešąjį valdymą su naująja viešąja vadyba. Taigi viešojo sektoriaus efektyvumą galima pasiekti nebūtinai taikant tik privataus sektoriaus verslumo principus.

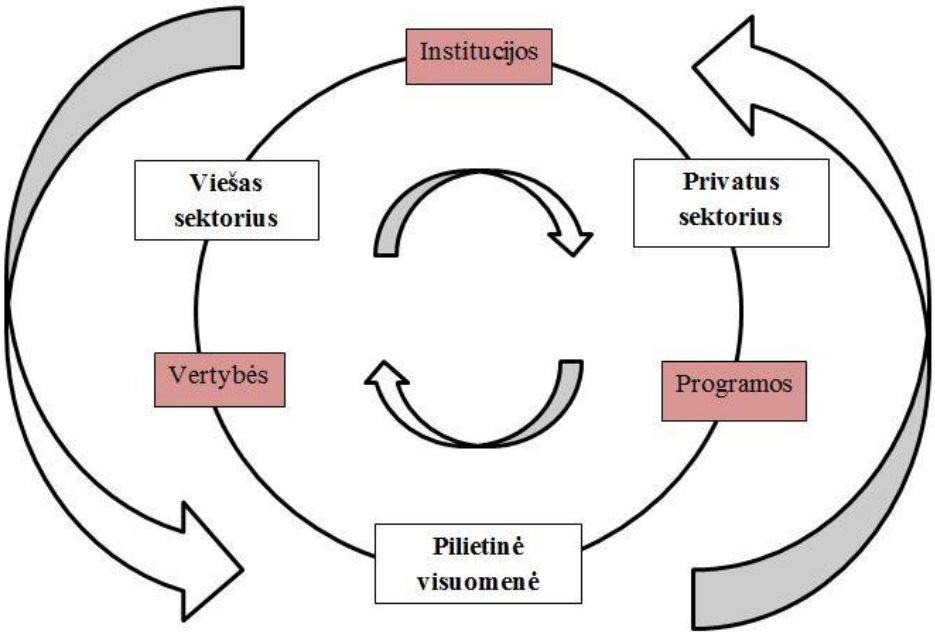
Apibendrinant daugelį viešojo administravimo reformą nagrinėjusių autorių, E. Barcevičius (2008) išskiria 4 punktus, ką naujas valdymo metodas daro:

1. iš esmės keičia esamų modelių bruožus;
2. siūlo sprendimus tam, kas suvokiama kaip esamų modelių problemos;
3. turi vertybių sistemą – normatyvinius principus;
4. siūlo priežastinę teoriją, kodėl vadovaujantis šio modelio siūlomais principais galima patobulinti viešąjį valdymą, pagerinti jo rezultatyvumą, našumą, naudingumą, poveikį. (p. 91).

V. Domarkas (2011) naująjį viešąjį valdymą mato kaip sistemą, kurioje vertybės, programos ir institucijos sąveikauja su viešu sektoriumi, privačiu sektoriumi ir pilietine visuomene. Tik sąveikaujant visoms sudedamosioms dalims, visuomenė gali efektyviai tvarkyti savo svarbiausius reikalus – ekonominius, politinius ir socialinius. Taigi autorius nurodo tris naujajame viešajame valdyme dalyvaujančius **veikėjus**:

1. *Valstybinės institucijos.* Jos sudaro atitinkamą politinę, ekonominę ir teisinę aplinką;
2. *Privatus sektorius.* Jis pateikia darbo vietas ir sudaro sąlygas pajamoms gauti;
3. *Pilietinė visuomenė.* Ji sudaro prielaidas socialinei ir politinei sąveikai. (žr. 6 pav.).

6 pav. Sąveika naujajame viešajame valdyme



Šaltinis: sudaryta autorės

Ši valdymo forma, kuriai būdingas gausesnis piliečių dalyvavimas, pliuralizmas, subsidiarumas, skaidrumas, atsiskaitomumas, nešališkumas, prieinamumas, bendradarbiavimas ir efektyvumas, pastarųjų metų publikacijose įvardijama įvairiai: naujasis viešasis valdymas, gerasis valdymas, sąveikaujantis valdymas, korporatyvinis valdymas ir kt. Bene pirmą kartą naujojo viešojo valdymo sąvoka apibrėžta 2005 m. vykusio Šeštojo pasaulinio valdžios pertvarkos forumo leidinyje, kuriame rašoma, kad naujojo viešojo valdymo paradigma buvo sąlygota rinkos liberalizacijos, globalizacijos, demokratizacijos ir informacijos bei ryšių technologijų plėtotės reiškinių ir kad jos esmė – valdžios, pilietinės visuomenės ir verslo sektorių sąveika ir tarpusavio interesų persidengimas. (Domarkas, 2011, p. 11). „Vienas viešojo administravimo autoritetas G. Frederickson, nusakydamas sąvokų pokyčius mokslinėje literatūroje, vieną iš savo straipsnių iškalbingai pavadino: „Kas atsitiko viešajam administravimui? Valdymas ir tik valdymas – visur“ – rašo Pivoras ir Visockytė (2011, p. 29).

J. Buškevičiūtė ir A. Raipa (2011) naująjį viešąjį valdymą apibrėžia skirtingomis definicijomis: taigi naujoji viešoji vadyba taip ir neįgavo sėkmingo valdymo modelio statuso, maža to, ji net neįsitvirtino kaip sėkminga paradigma. *Ji buvo įvairiai interpretuojama ideologiniu ir vadybiniu požiūriais, analitikai įvairiai vertino jos išplitimo ribas, taip pat skirtumus tarp amerikietiškojo ir britiškojo naujosios viešosios vadybos modelių juos taikant praktikoje. Todėl kai kurie teoretikai teigia, kad naujoji viešoji vadyba buvo tik viena iš tradicinio viešojo administravimo evoliucijos rezultatų. (Buškevičiūtė, Raipa, 2011, p. 21).* To pasekoje atsirado naujasis viešasis valdymas, kuris suvokiamas ne kaip naujai susikūrusi paradigma, bet kaip geriausias šiuolaikinio viešojo sektoriaus valdymo būdas.

1.5 Naujojo viešojo valdymo modelių analizė

Osborne‘as (2011) išskyrė 5 naujojo viešojo valdymo definicijas: socialinis-politinis valdymas, viešosios politikos valdymas, administracinis valdymas, kontraktų valdymas ir tinklinis valdymas. Buškevičiūtė ir Raipa (2011, p. 22) šias definicijas aiškina taip:

- *Socialinis politinis valdymas, akcentuojantis naujo tipo organizacijų tarpusavio sąveikos formas, būtinas formuojant ir įgyvendinant viešąją politiką, jai reikalingus sprendimus.*
- *Viešosios politikos valdymas, pabrėžiantis politikos elito vietą ir vaidmenį valdant viešosios politikos sprendimų procesus bei politikos elito gebėjimą kurti tinklaveikos sistemas, telktis į politinę bendruomenę, derinti politikos krypčių formulavimą su suinteresuotųjų (angl. stakeholder) lūkesčiais.*

- *Administracinis valdymas, siekiant panaudoti efektyvesnes viešojo administravimo galimybes akcentuoti šiuolaikinės valstybės valdymo kompleksiškumą, suvokiant tai kaip „holistinės" teorijos variaciją.*
- *Kontraktų valdymas, suprantamas kaip naujosios viešosios vadybos patirties bei naujojo viešojo valdymo galimybės tobulinti kontraktų valdymo praktikai reikalingų sprendimų priėmimą. Svarbiausias kontraktų vietos naujojo viešojo valdymo sampratoje bruožas – gerokai padidėjusi atsakomybė už kontraktų valdymo sistemų rengimą ir funkcionavimą.*
- *Tinklinis valdymas, akcentuojantis interorganizacinių (mišrių struktūrų) institucijų tinklaveikos funkcinę paskirtį plėtoti organizacijų, teikiančių viešąsias paslaugas hibridines, matricines struktūras ir būtinus sprendimus šiems uždaviniams spręsti.*

Visos išvardintos kryptys yra svarbios ir jos apibrėžia naujojo viešojo valdymo metodą. (žr. 3 lent.) Kad būtų suvokiama naujojo viešojo valdymo perspektyva, reikalinga detalesnė definicijų analizė.

3 lentelė. Pagrindiniai naujojo viešojo valdymo struktūriniai elementai

Elementai	Charakteristika
Socialiniai santykiai	Aktyvus piliečių dalyvavimas ir jų įtraukimas į valdymą, valstybės tarnautojų kvalifikacijos kėlimas, socialinė kokybė, socialinė atsakomybė, socialinis teisingumas
Viešosios politikos formavimas ir įgyvendinimas	Strateginis planavimas, programos bei projektai, analitinės bazės kūrimas ir koordinavimas
Modernios organizacijos	Tradiciniai viešojo valdymo metodai derinami su pobiurokratiniais moderniaisiais principais
Kontraktiniai santykiai	Partnerystė, atsakomybės padalijimas, agentūrizacija, privataus verslo veiklos dominavimas
Tinklaveika arba kitaip tarpsektorinė sąveika	Valstybinių įstaigų platus bendradarbiavimas, įtraukiant piliečių grupes ir nevyriausybinį sektorių

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis A. Raipą, 2011

Socialinė charakteristika. Šiuolaikiniame valdymo etape vyksta spartūs socialiniai pokyčiai, tokie kaip aktyvus piliečių dalyvavimas ir įtraukimas į valdymą, valstybės tarnautojų kvalifikacijos kėlimas, demokratizavimas, pliuralizmas, socialinė kokybė (į kurią įeina socialinis saugumas, socialinė įterptis, socialinė sanglauda, socialinis įgalinimas), socialinė atsakomybė, socialinis teisingumas.

Sėkmingam naujojo viešojo valdymo funkcionavimui reikalinga socialinių tinklų ir minėtų socialinių sistemų sąveika. Kadangi socialiniai santykiai tiesiogiai veikia priimamus politinius sprendimus ir interesus.

Demokratija ir piliečių dalyvavimas valdyme yra neatskiriami dalykai. Demokratinės vertybės suteikia galimybę pasireikšti pilietinėms grupėms. „Piliečių grupės vis aktyviau dalyvauja rengiant viešus projektus, juos svarstant ir įgyvendinant, kai organizacijos sudaro palankias sąlygas reikštis individo laisvei ir jo iniciatyvai, stiprėti piliečių asociacijoms, struktūroms“ (Raipa, 2001, p. 59). Skirtumas tarp naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo tas, kad valdymas piliečių interesus ir patį piliečių dalyvavimą mato, vertina ir skatina dar didesne apimtimi.

Socialinių problemų valdymas šiandien yra ypatingai aktualus. Kadangi modernėjanti valstybė privalo būti atsakinga už socialines saugos sistemas – pensijų fondai, vaikų teisių apsauga, nedarbas, emigracija, tai jautrios sistemos, kurioms reikalinga tobulesnė sprendimų rengimo forma ir kruopšti sprendimų vykdymo priežiūra. „Naujasis viešasis valdymas sprendžiant socialines saugumo problemas yra veikiamas ir jo kokybė gana smarkiai priklauso nuo vieno iš esminių viešojo administravimo specialiųjų principų – decentralizavimo ir centralizavimo tendencijų valdyme santykio.“ (Raipa, 2011, p. 177).

Organizacijų korporatyvinė socialinė atsakomybė – multidimensinis terminas, apjungiantis institucijų, biurokratijos, politikų, administratorių, viešo ir privataus sektorių socialinę atsakomybę. Skiriamos tokios formos: instrumentinė, integruota, politinė ir etinė. P. Kotler (2004) rašo, kad korporatyvinės socialinės atsakomybės tikslas – „keisti ir gerinti elgseną, siekiant nuolat tobulinti sveikatos, socialinės saugos ir aplinkos sektorius.“ (p. 16). A. Raipa apie korporatyvinę socialinę atsakomybę rašo taip: „Itin aktuali visuomenei tapo verslo organizacijų, dalyvaujančių viešuosiuose pirkimuose, viešųjų paslaugų kontraktavime socialinė atsakomybė už šių procesų skaidrumą, viešumą, piliečių kontrolės galimybių įtvirtinimą, organizacijų moralinių įsipareigojimų reikšmės augimą“. (2011, p. 178-179). *Socialinės struktūros, sudarančios socialinę sistemą, yra sudėtinė sistemos elementų dalis ir veikia tarpusavio sąveikos, tarporganizacinės sąveikos, tinklaveikos principais. Tai itin sudėtingas socialinis-ekonominis-politinis darinys, reikalaujantis nuolatinio šios sistemos monitoringo, vertinant objektyvias sąlygas ir subjektyvius veiksnius, darančius įtaką šio mechanizmo galimybėms. Socialinės sistemos, sėkmingas socialinių tinklų funkcionavimas, jų tarpusavio sąveika šiandien yra viena svarbiausių viešojo valdymo evoliucionavimo į tobulesnes viešojo valdymo formas sąlyga. (Raipa, 2011, p. 178).* Taigi matomai, naujasis viešasis valdymas iškelia naujus reikalavimus organizacijoms, kurios įgyvendina socialinę atsakomybę visų lygių institucijose, siekiant teisingumo, veiklos kokybės, efektyvumo.

Viešosios politikos formavimo ir įgyvendinimo charakteristika. Viešosios politikos valdymas labai svarbus naujajam viešajam valdymui. Nes tik teisingai ją suformavus, galima teisingai

ją įgyvendinti. Telkiantis į politines bendruomenes yra derinamas politikos krypčių formulavimas su suinteresuotųjų lūkesčiais (angl. stakeholder), kurie siekia dviejų dalykų: pirma, kad pinigai dirbtų ir antra – kad jie padėtų klestėti.

Viešoji politika turi būti formuojama remiantis strateginiu planavimu, nes tik tokiu būdu rengiamos strateginės politikos kryptys bus efektyvios ir jas realizuojantys projektai, programos veiks kokybiškai. Strateginis planavimas yra įrankis, siekiantis efektyvaus viešojo sektoriaus institucijų valdymo. „Viešajame sektoriuje strateginis planavimas yra teisiškai reglamentuotas ir formalizuotas procesas, kurį sudaro sudėtinga grandinė tarpusavyje susietų komponentų, pradedant strategine analize ir baigiant veiksmų plano įgyvendinimo monitoringu. Šio proceso komponentus sieja atsakymų į racionalaus finansinių išteklių paskirstymo klausimus paieška.“ (Tunčikienė, Skačkauskienė, 2012, p. 98). Teoretikai daug diskutuoja, kokiais metodais remtis, formuojant strateginius viešosios politikos įgyvendinimo uždavinius. „Antai C. Thunhurst ir C. Barker strateginių viešosios politikos užduočių įgyvendinimui reikalingoms alternatyvoms generuoti siūlo orientyrų nustatymo metodą, kaip tam tikrą organizacijos visų rūšių išteklių, veiklos prioritetų nustatymą ir naudojimo bei plėtojimo galimybių didinimą įvairių veiksnių, sąlygų, faktorių tarpusavio sąveikos tinklinę koncepciją, jungiančią minėtų faktorių, išteklių valdymo krypčių ir alternatyvų visumą.“ (Raipa, 2012, p. 253). Autorius toliau rašo, kad sprendimų medžio metodas, vienas strateginio planavimo modelių – detalizuojamos viešosios politikos įgyvendinimo ir formulavimo problemos, nustatyti alternatyvas ir kurti galimus sprendimų kriterijus. Kitas, kompleksinės analizės ir vertinimo metodas – „leidžiantis, taikant esminius rangavimo principus, atlikti kiekybinę ir kokybinę siūlomų politikos alternatyvų analizę“. (Raipa, 2012, p. 253).

Naujajame viešajame valdyme analitinė bazė viešosios politikos rengimo etape yra svarbiausios sėkmingos viešosios politikos analizės atlikimo sąlyga, o viešoji politika pagrįsta strateginiu planavimu siekia produktyvumo, produktyvumo visuose lygiuose. Tačiau reikia atkreipti dėmesį į naujus iššūkius viešojo personalo lavinimui, jų motyvacijai ir lūkesčių patenkinimui. „Šiuolaikinis viešojo valdymo personalo mokymo ir lavinimo etapas yra sukūręs nemažai viešojo sektoriaus personalo mokymo-lavinimo sistemų, siūlo įvairias mokymo-lavinimo metodologines kryptis, tačiau aiškiai nepakanka kryptingo šių procesų koordinavimo rengiant ir įgyvendinant mokymo-lavinimo programas ir projektus, tobulinant struktūrines mokymo institucijų pertvarkas, užtikrinant analitinių-edukacinių funkcijų koordinavimą, t. y. siekti holistinio požiūrio praktinio įtvirtinimo viešosios politikos specialistų mokymo procese.“ (Raipa, 2012, p. 254).

Administracinio valdymo charakteristika. Šiandieninės organizacijos tampa mišriu hibridiniu junginiu – modernios šiuolaikinės organizacijos naudoja tradicinius viešojo valdymo metodus. *Kaip atsvara tradicinei viešųjų organizacijų sampratai šiuolaikiniame naujojo viešojo valdymo formavimosi etape, viešosios organizacijos įvardijamos kaip pobiurokratinės, modernios, įvaldžiusios naujus viešojo valdymo principus ir metodus, paremtus tarpsektorine ir tarpšakine įvairių*

lygių organizacijų tinklaveika, organizacijos, kur dominuojantys tampa naujos vadybinės kultūros ir pokyčių elementai bei formuojami ir įgyvendinami nauji viešojo valdymo demokratizavimo lygmenys. Tokios organizacijos dažnai įvardijamos kaip matricinės, politikos ir vadybos tinklų pagrindu veikiančios kompleksinės struktūros. (Raipa, 2011, 171). Šiuolaikinė viešo valdymo praktika siekia panaudoti efektyvesnes viešojo administravimo galimybes, veiksmingai taiko viešojo admininstravimo principus ir naudoja juos atsižvelgiant į sudėtingumus šiuolaikinėje valstybėje, siekiant tobulinti visų lygių, rūšių ir sektorių partnerystę.

Kontraktų valdymo sistemos charakteristika. Kontraktavimo proceso samprata yra išplėtojama įvedant ekonominės, socialinės rizikos procesų sampratos dimensijas, kai koordinuojančias funkcijas atlieka politinės, vadybinės tinklinės struktūros. McQuaid (2010) partnerystę įvardija kaip tarporganizacinės sąveikos strateginę kryptį ir vadina ją formalizuotos kooperacijos procesu. „Dažnai neformaliai suprantamas bendro planavimo ir veiklos realizavimo kontekste, akcentuojant politinių-programinių tikslų agregavimo principų unifikavimą, atsakomybės pasidalijimą už išteklių racionalų panaudojimą, veiklos procesų rizikos bei gautos ekonominės, socialinės naudos valdymą tam tikrame partnerystės kontraktais apibrėžtame laiko kontekste“ – rašo Raipa (2011, p. 172). Kontraktų valdymas yra plačiai ištirtas naujosios viešosios vadybos paradigmoje, paplitęs praktikoje ir laikomas labiausiai naudojamu tarpsektorinės partnerystės principu. Raipa kontraktavimą (angl. outsourcing) apibrėžia taip: „Tai valdžios institucijų ir privačių struktūrų partnerystės forma, kai iš valstybės biudžeto yra mokama privačioms struktūroms už subjektams, piliečiams, jų grupėms suteiktas atitinkamas viešąsias paslaugas, t. y. valstybė perka paslaugų, kurios anksčiau buvo priskirtos valstybės institucijoms, o vėliau jų teikimas kontraktinių mechanizmų pagrindu tampa privataus verslo veiklos sfera.“ (Raipa, 2011, p. 172). Tačiau naujajai viešajai vadybai trūkstant skaidrumo, suinteresuotajai privataus sektoriaus grupei kontraktavimas tapo pasipelnymo šaltiniu, neatsižvelgiant į pilietinę visuomenę. Kontraktų valdymas naujajame viešajame valdyme yra svarbus, nes iš partnerystės dalyvių reikalaujama griežtai kontroliuoti finansinį srautą, numatyti griežtus terminus, atskaitomybę, siekti maksimaliai įmanomo išlaidų mažinimo ir išvengti privačių struktūrų pasipelnymo.

Tinklinio valdymo charakteristika. Tinklinio valdymo pagrindinis siekis yra pagerinti valstybinių įstaigų bendradarbiavimą, sudarant sąlygas kuo aktyviau, kuo daugiau ir kuo efektyviau bendrauti ne tik įstaigoms, bet įtraukiant ir piliečius, socialines grupes. „Sąvoka „tinklinis valdymas“ – „networked governance“, nurodo, kad susietasis arba tinklinis valdymas apima valdžios skatinamą kolektyvinę veiklą viešųjų gėrybių kūrimo pažangai, įtraukiant visos visuomenė kūrybines galias“ – taip tinklinį valdymą apibūdina Domarkas (2010, p. 24). Naujoji viešoji vadyba taip pat turėjo tinklus, vadino juos trapsektorine partneryste, tačiau žodžio „partnerystė“ negana, nes jis pats iš savęs reiškia „noriu bendrauju, noriu ne“. Naujasis viešasis valdymas naudoja terminą „sąveika“, nes sąveikavimas skatina darnesnį vystymąsi ir darnesnę veiklą. Tarporganizacinės sąveikos dalyviais įvardijamas

viešas, privatus ir nevyriausybinis sektoriai. *Tarporganizacinės sąveikos, partnerystės sampratos apima įvairias organizacines tinklaveikos formas ir priemones, turinčias tikslą – sujungti visą galimą valdymo potencialą, išteklius, reformų praktiką sprendžiant visuomenės ekonomines, socialines (nedarbo, užimtumo, institucijų socialinės atsakomybės) problemas, įtraukiant kuo daugiau suinteresuotųjų grupių, struktūrų, socialinių-politinių darinių bei įvertinant personalo pasirengimą, pasitelkiant ekspertų sistemas ir ekspertizes. (Raipa, 2011, p. 171).*

Apibendrinant galima teigti, kad naujoji viešoji vadyba pradėjo formuotis XX a. aštuntame dešimtmetyje. Pagrindinis siekis yra modernizuoti visą viešąjį sektorių, taikant privataus sektoriaus metodus. Tačiau šiandienos etape naujoji viešoji vadyba susilaukia vis daugiau kritikos. Taigi akivaizdu, kad naujoji viešoji vadyba turi daug trūkumų, o išanalizavus paradigmos teorinus metodus, galima įvardinti ir neigiamus rezultatus. To pasekoje reikėjo pokyčių. Šiuolaikinę naująją viešąja vadybą galima įvardinti kaip naująjį viešąjį valdymą, į kurį ji evoliucionavo XXI a. pradžioje. Vienu svarbiausiu naujojo viešojo valdymo metodu galima laikyti tarporganizacine sąveika, į kurią įeina tinklaveika, partnerystė, integracija, mišrios organizacijos. Strateginis planavimas tampa ypač svarbiu viešosios politikos formavimo ir įgyvendinimo įrankiu. Evoliucionuojant naujosios viešosios vadybos metodiniams elementams, atsiranda nauji gerojo viešojo valdymo standartai, siekiantys socialinės darnos. Todėl pagrindinis viešojo sektoriaus uždavinys – naujai pritaikyti viešojo valdymo patirtį ir naujosios viešosios vadybos gerosios praktikos elementus, siekiant modernizuoti viešųjų paslaugų teikimą, diegiant inovatyvias valdymo formas, stiprinti visų sektorių partneryste paremtus organizacijų ryšius.

2 VIEŠOJO VALDYMO PARADIGMŲ EVOLIUCIONAVIMAS IR LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS REFORMAVIMAS

2.1 Sveikatos politikos samprata

Lietuvos sveikatos politika – tai sritis, kuri apima Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos valdymą, politikos planavimą, organizavimą, įgyvendinimą ir funkcionavimą. Jankauskienė (2010) sveikatos politiką apibūdina kaip „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe. Sveikatos politika yra grindžiama šiuolaikinės visuomenės sveikatos samprata bei naujosios viešosios vadybos principais, kurie kartu leidžia suformuoti pagrindinius sveikatos politikos principus.“ (p. 104). Svarbu paminėti, kad sveikatos politikos formuotojai ir vykdytojai šiuos principus naudotų taip, kaip jie yra apibrėžiami (Jankauskienė, 2010).

Teisingas sveikatos politikos principų suvokimas yra sėkmingo sveikatos politikos įgyvendinimo požymis. Tik aiškiai juos įvardijus, galima daryti išvadas apie sveikatos politikos įgyvendinimą. D. Jankauskienė (2007) remdamasi PSO siūlymais išskiria šiuos sveikatos politikos principus:

- **Teisumas** – pagrindinis principas, kuris leidžia siekti maksimalaus sveikatos potencialo kiekvienam asmeniui, t.y. leidžia kiekvienam asmeniui siekti geriausios savo sveikatos būklės;
- **Prieinamumas** – sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam, tai valstybės nustatyta tvarka, kuri užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį, organizacinį priimtinumą;
- **Priimtinumas** – tai sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą kiekvienam žmogui priimtina forma;
- **Tinkamumas** – sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas, taip pat turi būti užtikrinamas efektyvumas ir aptarnavimo kokybė;
- **Solidarumas** – sveikatos draudimo įmokos turi būti surenkamos teisingai, kai jaunas moka už sena, dirbantysis moka už bedarbį, sveikas moka už sergantįjį;
- **Lygybė** – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos visiems lygiai, t. y. ir vaikams ir pensininkams, ir vyrams ir moterims, nežiūrint į jų ekonominę, socialinę padėtį ar rasę;
- **Visapusiškumo** principas rodo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visuose lygiuose – nuo profilaktikos iki ūmių ligų gydymo;
- **Laisvas pasirinkimas** leidžia piliečiui pačiam rinktis gydytoją ar gydymo įstaigą;

- **Tęstinumas** rodo pacientą prižiūrinčių specialistų, sveikatos įstaigų veiklos koordinaciją;
- **Saugumas** – sveikos aplinkos tiek pacientams tiek darbuotojams užtikrinimas.

Tik užtikrinant visų šių sveikatos politikos principų laikymąsi galima kalbėti apie demokratišką valstybę. (Jankauskienė, 2007).

Sveikatos priežiūros vadyba siekia efektyvumo. Lietuvoje kaip vadybinė sritis ji apima visus sveikatos sistemos lygius – veiklos planavimą, organizavimą, kontrolę, optimizavimą. Sveikatos vadybos paskirtis – efektyviai spręsti visuomenės sveikatos problemas. Kaip ir visoje sveikatos politikos srityje, taip ir sveikatos priežiūros vadyboje remiamasi visuomenės sveikatos ir naujosios viešosios vadybos principais, kurie grindžiami viešojo valdymo OIP modeliu (organizacija, inovacijos, personalas). Vadybininkai turi gerai mokėti strategiškai planuoti įstaigos veiklą, gebėti greitai reaguoti į aplinkos pokyčius ir prisitaikyti prie jų, efektyviai taikyti inovacijas, motyvuoti personalą ir siekti aukštų rodiklių. Tačiau Lietuvoje profesionalioji sveikatos sistemos vadyba kaip mokslo sritis atsirado tik gerokai vėliau po Nepriklausomybės atkūrimo paskelbimo ir tik Kauno medicinos universitete. Šiuo metu ir Mykolo Romerio universitetas ruošia kvalifikuotus sveikatos apsaugos vadybininkus (Jankauskienė, 2010).

Sveikatos sistemos valdymas Lietuvoje po Nepriklausomybės atkūrimo pradėjo sparčiai keistis, nes padidėjo valstybės teikiamų paslaugų pasiūla, ypač sveikatos sektoriuje ir jis tapo viena iš viešojo valdymo modernizavimo prioritetinių sričių. *Sveikatos apsaugos sistema, kaip viena žmonių teises į gyvybę ir sveikatą padedančių užtikrinti sistemų. Reikiamus sveikatos apsaugos sistemos pokyčius, jos rekonceptualizaciją ir restruktūrizaciją galėjo garantuoti tik efektyvus valdymas. Žmogui tapus savo darbo rezultatų gavėju ir jų naudotoju, labai svarbu tapo prekių bei paslaugų, kartu ir sveikatos priežiūros, kokybė. Žmogus nori gauti tik geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas ir tik už tokias mokėti (Janušonis, 2000, p. 4).*

2.2 Lietuvos sveikatos apsaugos reforma ir raida

Sovietiniais laikais Lietuvoje veikė Semaško sveikatos apsaugos modelis. *Geografiniu teritoriniu principu griežtai išdėstytos centralizuotos pagal paslaugų teikimą sveikatos priežiūros įstaigos, finansuojamos iš valstybės biudžeto, nepripažįstant privataus sektoriaus veiklos. Sistema buvo brangi, valdoma centralizuotai, neskatino vietinės iniciatyvos ir atsakomybės, pernelyg specializuota, ydingai ir nepakankamai finansuojama. (Jankauskienė, 2010, p. 109).* Kaip matome, Sėmaško sveikatos sistemos modelis turėjo daug trūkumų ir reikėjo ryžtis pertvarkai. Kadangi nebuvo kreipiamas dėmesys į ligų profilaktiką, sergamumo kriterijai tik kilo. Paskelbus Lietuvos Nepriklausomybę, pradėjo sparčiai blogėti bendra sveikatos situacija – aukštas kūdikių mirtingumo

rodiklis, gyventojų prieaugio smukimas, smunkanti vidutinė gyventojų gyvenimo trukmė, tokių ligų kaip tuberkuliozė, sifilis gausėjimas, labai išaugęs kaimo gyventojų mirtingumo rodiklis, augantis savižudybių skaičius rodė, kad Lietuvos sveikatos sistemą būtina pertvarkyti. (Jankauskienė, 2010).

Mokslininkai neapsisprendžia, ką laikyti Lietuvos sveikatos apsaugos reformos pradžia – vieni teigia, kad reforma prasidėjo dar 1988 metais, kuomet prasidėjo viešosios diskusijos apie valstybinį sveikatos apsaugos administravimo atskyrimą nuo Sovietų Sąjungos. Buvo pradėta kalbėti apie finansavimą iš surenkamų sveikatos draudimo įmokų. Tuo tarpu kiti mokslininkai reformos pradžia laiko 1991 metais Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos patvirtinimą, kuomet LR Seimas patvirtino sveikatos apsaugos finansavimo reformą, sukuriant sistemą, apimančią finansavimą iš bendrai surenkamų mokesčių ir iš sveikatos draudimo įmokų.

Manau, nesuklysiu siūlydama sveikatos reformos pradiniu atskaitos tašku laikyti 1990 m. kovo 11 d. – Lietuvos Respublikos Seimo paskelbtą Lietuvos Respublikos Nepriklausomybės atkūrimą, nes išsilaisvinimas iš Sovietų Sąjungos paskatino aktyviau mąstyti apie viešojo valdymo pokyčius, taikant inovacijas ir perimant užsienio šalių patirtį. Ne išimtis ir sveikatos apsaugos sektorius, kuris reikalavo pertvarkymo restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugas ir įstaigas. Būtent nuo 1990 metų prasidėjo virtinė sveikatos apsaugos valdymo pakitimų.

Kadangi daugelį metų gyvenome Sovietiniame sveikatos politikos modelyje, galima drąsiai teigti, kad šio modelio paveldas matomas ir šiandien: vis dar centralizuota valdžia, didesnis dėmesys vistik skiriamas į ligų gydymą, o ne į jų profilaktiką, neteisingas valdymas, prasta sveikatos paslaugų kokybė, menkai vykdomi sveikatos mokymai. Visa tai rodo reformos poreikį.

„Taigi reformą galima apibūdinti kaip pastangų pakeisti Sovietinę sveikatos priežiūros sistemą ir pritaikyti ją nuolatos kintančiai socialinei aplinkai tarpusavio sąveiką.“ (Černiauskas ir kt., 1998, p. 16). O sveikatos reformos iškelti pagrindiniai uždaviniai yra modernizuoti sveikatos politiką; diegti tokią politiką, kuri orientuojasi į sveikatos gerinimą, o ne į ligų gydymą; restruktūrizuoti sistemą; gerinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę; užtikrinti orientaciją į piliečių poreikius. Jankauskienė ir Pečiūra (2007) išskiria du pagrindinius tikslus, į kurios buvo orientuota sveikatos valdymo reforma:

„1. vykdyti aktyvią sveikatos politiką;

2. pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą restruktūrizuojant joje teikiamas paslaugas ir sveikatos priežiūros įstaigas“. (p. 244).

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindinis siekis yra gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą.

Anot Černiausko ir kt. (1998), **aktyvi politika** yra svarbiausias reformos tikslas. Aktyvi politika yra tokia politika, kuri kardinaliai keičia visuomenės mąstymą: aktyvi politika yra orientuota į sveikatos gerinimą, o ne į ligų gydymą, kaip buvo sovietiniais laikais. Taigi dėmesys sutelkiamas į profilaktiką, į ligų prevenciją. Ši politika yra skirta visai visuomenei, plečiant sveikatingumo mokymo

veiklą. „1996-2000 metams Valstybinis sveikatos mokymo centras parengė programą, kuria siekiama didinti sveikatos mokymo efektyvumą.“ (p. 18).

Smilga ir Janušonienė (2005) teigia, kad integracija į ES Lietuvai atveria galimybes į naują patirtį ir reikia tinkamai ja pasinaudoti. Autoriai nurodo, kad asmens sveikatingumo gerinimas yra visuomenės tobulėjimo rodiklis. *Valstybės, kaip modernios funkcionuojančios sistemos, „sveikata“ susijusi su asmens sveikata: organizmo sugebėjimas priimti iššūkius priklauso nuo imuninės sistemos. Valstybės sveikatingumas gali būti suprantamas kaip konkurencingumas (gebėjimas atlaikyti grėsmes iš išorės, apginti savo rinką) – ne tik verslo, bet ir sveikatos, socialinio aprūpinimo, švietimo, mokslo ir technologijų kūrimo sistemų.(p. 46).*

Vis labiau globalizėjančiame pasaulyje tik asmeninė atsakomybė gali suteikti visuotinę pusiausvyrą. Visuomenė privalo suprasti, kad reikia atsigręžti į save patį, kad reikia pradėti nuo savęs. „Kiekvienas žmogus turėtų suvokti, jog ne Sveikatos apsaugos ministerija, ne ligoninė arba tam tikras gydytojas pagerins jo sveikatą, o jis pats turi prisiimti asmeninę atsakomybę už ją.“ (Smilga, Janušonienė, 2005, p. 46).

Autoriai pabrėžia, kad reikalinga visuomenės sveikatingumo palaikymo strategija, kurios pagrindinis rodiklis būtų sveikatingumas. Šis rodiklis yra ypač svarbus sveikatos sistemos kūrėjams rengiant ateities planus. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategijos pagrindinis tikslas yra kelti visuomenės sveikatingumą. Sąvoka „sveikatingumas“ apima daug sričių, tai gyventojų gyvenimo kokybė, gyvenimo trukmės ilginimas, sergamumo, mirtingumo ir neįgalumo mažinimas. Visa tai ir yra išskiriama prioritetine sritimi jau minėtoje strategijoje. Ypač daug dėmesio strategijoje skiriama dažniausių mirties priežasčių prevencijai. (Valstybės žinios, 2005).

Sveikatos apsaugos ministerijoje nuolat vyksta pasitarimai dėl visuomenės sveikatos priežiūros sistemos plėtros galimybių, o pasitarimų turinys yra derinamas ir vykdomas remiantis Lietuvos nacionaline sveikatos koncepcija, Vyriausybės patvirtintos Sveikatos apsaugos ministerijos inicijuotos Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano nuostatomis.

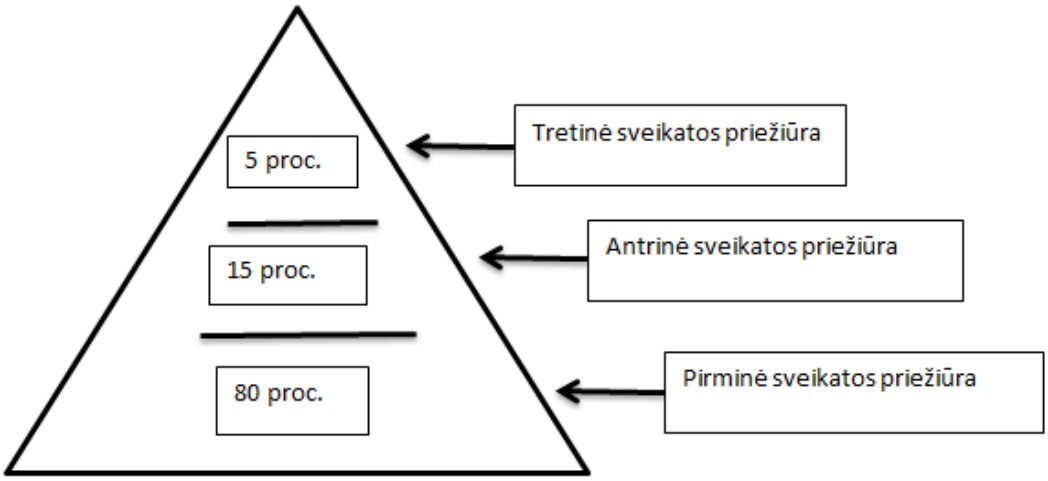
Taigi aktyvios politikos dėka piliečiai yra skatinami domėtis sveika gyvensena ir ugdyti naują požiūrį į sveiką gyvenimo būdą, ugdyti atsakomybę už sveikatą.

Sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizacija prasidėjo iškart po Nepriklausomybės atkūrimo paskelbimo, kai pirmosios Lietuvos Vyriausybės dėmesys buvo nukreiptas į pirminę sveikatos priežiūrą (toliau PSP) ir bendrosios profilaktikos gydytojus (toliau BPG), norint sumažinti ligoninių įtaką, t.y. ambulatorinę priežiūrą pakeisi į stacionarią. Buvo siekiama decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigas, 1991 metais du trečdalius perduodant savivaldybėms, nes iki to laiko visos įstaigos priklausė Sveikatos apsaugos ministerijai. Praktiškai visa PSP tampa pavaldi savivaldybėms. Dėl to savivaldybėse turi būti aiškiai nurodyta PSP struktūra. „Atskiros sveikatos

priežiūros paslaugas teikiančios sveikatos sistemos dalies statusą turinti PSP Lietuvoje dar yra naujas dalykas. Šis terminas sveikatos politikoje pirmą kartą buvo panaudotas 1991 metais, sukurtas kartu su Nacionaline sveikatos priežiūros koncepcija.“ (Černiauskas ir kt., 1998, p. 18). Atsirado nuostata, kad už PSP kokybę atsako savivaldybės, o kadangi Lietuvoje tai buvo naujas dalykas, kvalifikuotų vadovų savivaldybėse trūko. To pasekoje savivaldybėse pradėjo kurtis nauji padaliniai – sveikatos apsaugos skyriai.

D. Jankauskienė (2010) rašo, kad 1995–1996 metais Lietuvoje pradėjo formuotis sveikatos apsaugos administravimo struktūros. „Buvo perskirstytos vietos pavaldumo, apskričių ir nacionalinio pavaldumo įstaigų funkcijos ir atskaitomybė. PSP deleguota savivaldybėms (laikinai savivaldybių ligoninėse paliekant ir antrinę sveikatos priežiūrą), antrinė – apskritims, tretinė – Sveikatos apsaugos ministerijai ir universitetams.“ (p. 111). Visuomenės sveikatos priežiūra yra skirstoma į pirminę, antrinę ir tretinę. (žr. 7 pav.) *Sveikatos paslaugų sistemą galima įsivaizduoti kaip viską apimančią piramidės pavidalo trijų lygių sistemą. PSP yra tos piramidės pagrindas, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūros yra kiti, aukštesni sveikatos priežiūros lygiai. 80 procentų sveikatos problemų, kurias turi visa visuomenė, galima išspręsti pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Ir tik sunkios ir retos ligos reikalauja nuolatinės siaurų specialistų priežiūros, kuri yra daug brangesnė. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 153).*

7 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai



Šaltinis: Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 153

Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme reglamentuojama, kad kreipiantis į antrines ir tretines sveikatos priežiūros įstaigas, pacientas privalo pateikti pirminiame sveikatos priežiūros paslaugų lygyje nurodytą gydytojo siuntimą. Tretinės sveikatos priežiūros paslaugos yra specializuotos – konsultacijų metu gydytojai teikia patarimus pirminio ir antrinio paslaugų lygio gydytojams. (Valstybės žinios, 1994).

2003 metais Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, kurioje sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizacija reglamentuojama net keliais etapais – pirmasis (2003 – 2005), antrasis (2006 – 2008) ir trečiasis (2009 – 2011). Strategijoje buvo patvirtinti visi restrukttūrizavimo planai ir buvo numatoma, kad *įgyvendinus restruktūrizavimo etapą pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė ir pagrindiniai sveikatos sistemos veiklos rodikliai: sumažės bendras lovų skaičius, sutrumpės vidutinė gulėjimo ligoninėse trukmė, padidės lovos užimtumas ir kita. Pasiektas ekonominis efektas sudarys galimybę padidinti sveikatos priežiūros paslaugų įkainius maždaug 20 procentų*.(*Valstybės žinios, 2003).* Taigi, nacionaliniu lygmeniu restruktūrizacija prasidėjo tik 2003 metais.

Pasibaigus pirmajam restruktūrizacijos etapui, įvyko daug pokyčių. Kumpienė ir Sužiedelytė (2010) įvardija išaugusį gyventojų apsilankymų skaičių pas PSP gydytojus, iš 100 gydomų ligonių ligoninėse skaičius sumažėjo 3 ligoniais, gydymosi ligoninėje trukmė vidutiniškai buvo 2 dienom trumpesnė, padidėjo lovos užimtumas, lovos apyvarta pakilo nuo 28 iki 35 procentų. Paslaugų struktūra tapo efektyvesnė: penktadaliu sumažintas lovų skaičius bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, teikiamos stacionarinės paslaugos sumažėjo 8 procentais, o teikiamos ambulatorinės paslaugos padidėjo 6 procentais, išaugo slaugos apimtys 15 procentų, išaugo dienos stacionaro vietų skaičius iki 600. „Reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių skaičius Lietuvoje sumažėjo 22 juridiniais vienetais“ pavyzdžiui, „Vilniaus Centro ligoninė prijungta prie Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų ar Panevėžio tuberkuliozės ligoninė prijungta prie Panevėžio infekcinės ligoninės.“ (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010, p. 218).

Antrasis restruktūrizacijos etapas laikomas mažiau sėkmingas už pirmąjį, kadangi prasidėjus ekonominei krizei sumažėjo restruktūrizavimo proceso intensyvumas. Viso etapo laikotarpiu ir toliau stiprėjo šeimos gydytojo institucijos, išaugo privačiai dirbančių šeimos gydytojų skaičius, o paslaugų prieinamumas tapatus kaip ir valstybinių ligoninių, PSP įstaigų skaičius padidėjo, 2008 metais 73,3 procento visų šalies gyventojų buvo prisirašę prie šeimos gydytojų, buvo tobulinamas teisinis ambulatorinių paslaugų reglamentavimas, pagerėjo informatyvumas apie trumpesnes eiles ar profesinės kvalifikacijos gydytojus, dėl to sumažėjo laukimo eilės, daug dėmesio buvo skiriama dienos stacionaro plėtrai. (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010). Antrame etape vyko tęstinė pirmojo etapo veikla.

Dėl poreikio užtikrinti reformos tęstinumą, šiandien vyksta trečiasis restruktūrizacijos etapas, kuris prasidėjo nuo 2009 metų. Šio etapo pagrindiniai uždaviniai yra suformuoti efektyvesnį įstaigų

tinklą ir racionalesnę paslaugų struktūrą. „Įgyvendinant uždavinį, susijusį su sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimu ir vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų trečiojo restruktūrizavimo etapo programoje nustatytais kriterijais visos Lietuvos ligoninės buvo suskirstytos į respublikos, regiono ir rajono lygmenis.“ (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010, p. 236). Viešojoje erdvėje vyksta diskusijos dėl šio etapo drastiškumo, kurio tikslas yra maksimizuoti rajoninių ligoninių mažinimą, miesto ligoninių plėtrą, lovų skaičiaus mažinimą. Trečiojo etapo mąstai ir kryptys yra gerokai didesnės negu pirmųjų restruktūrizacijos etapų.

Kas liečia paslaugų restruktūrizaciją, tai negalima pamiršti ir bendrosios praktikos gydytojų (toliau BPG), dabar vadinamų šeimos gydytojais. „Jau 1991 metais buvo pradėta rengti BPG, o nuo 1992 metų prasidėjo kitų specialybių gydytojų perkvalifikavimas į BPG. Vadovaujantis Vakarų Europos šalių specialistų patarimais buvo pakeistos ir atnaujintos perkvalifikavimo į BPG programos.“ (Černiauskas ir kt., 1998, p. 19). Lietuvos medicinos mokymo įstaigose buvo atnaujinta bendrosios praktikos specialistų mokymo programa. „Rajonų gydytojai ir pediatrai buvo perkvalifikuoti į bendrosios praktikos specialistus, kuriems keliami didesnės kompetencijos reikalavimai nei paprastiems gydytojams, nes bendrosios praktikos specialistas turi gebėti konsultuoti, diagnozuoti ir suteikti pirmojo lygio pagalbą visose srityse.“ (Droseikienė, 2007, p. 3). 1995 metais buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 516 „Dėl bendrosios praktikos gydytojų kvalifikacijos įgijimo tvarkos“, kuriame „planuojama iki 2005-2010 metų palaipsniui pereiti, kad pirminė sveikatos priežiūra gyventojams būtų teikiama bendrosios praktikos gydytojų, panaikinant apylinkių gydytojų, terapeutų bei pediatrų pareigybes.“ (Valstybės žinios, 1995).

Siekiant įdiegti bendrąją medicinos praktiką buvo pasitelktas akreditacijos principas. G. Černiauskas ir kt. (1998) nurodo šiuos akreditavimo sistemos elementus: „kvalifikacijos reikalavimai, mokymo programos, tikrinimo – egzaminavimo ir licencijavimo procedūros.“ (p. 20).

Apibendrinant Jankauskienė (2010) išskiria šiuos pagrindinius Lietuvos sveikatos apsaugos valdymo reformos žingsnius:

- Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos, pagrindinio strateginio reformos dokumento, priėmimas 1991 m.
- Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacija, kuri prasidėjo iškart po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo.
- Medicinos specialistų rengimo pertvarka universitetuose (nuo 1992 m.).
- Nacionalinės sveikatos struktūros paskelbimas Sveikatos sistemos įstatyme 1994 m.
- Visuomenės sveikatos vadybos programos atsiradimas KMU 1998 m.
- Teritorinių ligoninių kasų stebėtojų tarybos atsiradimas savivaldybėse 1998 m.

- Sveikatos kokybės užtikrinimo, lokalaus medicinos audito tarnybų įstaigose, atsiradimas 1998 m.
- LR Vyriausybės sveikatos reikalų komisijos, nacionalinės sveikatos tarybos įkūrimas 1998-2000 m.
- PSP plėtros planų, įteisinant privačią praktiką, patvirtinimas savivaldybėse nuo 1999 m.
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas – patvirtinta 2003 m. LR Vyriausybės Strategija ir trys restruktūrizavimo etapai
- Visuomenės sveikatos strategijos priėmimas 2006 m.
- Sveikatos sistemos vystymo 2010-2015 metais metmenų sukūrimas 2010 m.

2.3 Naujojo valdymo metodų įtaka Lietuvos sveikatos apsaugai

„Nėra srities, į kurią negalėtų būti įsileistas joks naujosios viešosios vadybos elementas, nes valstybė visada turi veikti rezultatyviai, veiksmingai ir taupiai“ – teigia naująją viešąją vadybą nagrinėję autoriai. (N. Thom, A. Ritz, 2004, p.27). Apžvelgus Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformą, pastebėta, kad reforma, gal ir ne tiesiogiai, bet remiasi naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodais. Nors patys naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo terminai nėra plačiai paplitę tarp valdančiųjų ir pačių valstybės tarnautojų, bet tai dar neleidžia daryti prielaidos, kad valdymo modelių metodai nėra diegiami sveikatos apsaugoje.

Naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo elementus, kuriais remiantis toliau nagrinėsime Lietuvos sveikatos sistemą, identifikavome jau ankstesniame poskyryje – decentralizacija, privatizacija, rinkos mechanizmo metodų diegimas ir privataus sektoriaus metodų taikymas, aktyvus piliečių dalyvavimas, socialinis teisingumas, strateginis planavimas, programos bei projektai, partnerystė, tarpsektorinė sąveika.

Decentralizacija. Sveikatos apsaugos valdyme decentralizacijos principas turėjo labai didelės įtakos, bet būtina suprasti, kad decentralizacija turi ir teigiamų ir neigiamų savybių. Prie teigiamų bruožų D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007) priskiria greitesnį ir lankstesnį reagavimą į kintančias aplinkybes, didesnes personalo galimybes siūlant sprendimus ir juos priimant, o tai tik skatina personalo produktyvumą. „Tačiau nereikia pamiršti, kad yra sričių, kurių negalima decentralizuoti. Tai pagrindinės sveikatos politikos formavimas, sveikatos išteklių plėtros strategija, gyventojų saugumo užtikrinimas, stebėsena, visos populiacijos sveikatos ir sveikatos priežiūros analizė bei vertinimas“ (p. 85-86).

„Decentralizacija apibrėžiama kaip planavimo, valdymo sprendimų priėmimo funkcijų perdavimas iš nacionalinio lygio žemesniam – regioniniam lygiui“. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 85). Taigi šiai dienai savivaldybės yra atsakingos už 60 procentų teikiamų sveikatos paslaugų: tai apima visas ambulatorijas, didžiąją dalį poliklinikų bei mažas ir vidutinio dydžio ligonines. Lietuvos atveju 1991 metais du trečdaliai sveikatos priežiūros įstaigų buvo perduota savivaldybėms ir tapo joms pavaldžios. „Neigiami decentralizacijos bruožai yra ne visuomet kompetetinga vietos valdžia“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 86). Perdavus sveikatos įstaigų vadeles savivaldybėms, jos nebuvo tinkamai pasirengusios sveikatos priežiūros administravimui, nesugebėjo sėkmingai vykdyti sveikatos politikos, nes trūko kompetetingų ir profesionalių sveikatos specialistų, ypatingai ši problema buvo aiškiai matoma rajoninėje vietos savivaldoje.

Antrasis decentralizacijos neigiamas padarinys – perkvalifikavimas į bendrosios praktikos gydytojus. 1995 metais priimtame Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl bendrosios praktikos gydytojų kvalifikacijos įgijimo tvarkos“ reglamentuojama, kad „pirminė sveikatos priežiūra gyventojams būtų teikiama bendrosios praktikos gydytojų, panaikinant apylinkių gydytojų terapeutų bei pediatrų pareigybes“. Tačiau bendrosios praktikos diegimas susilaukė nemažai kritikos, kadangi bendrosios praktikos gydytojams pradėta kelti didesni reikalavimai – jie turi gebėti suteikti pirmo lygio pagalbą visose srityse. Kaip teigia A. Droseikienė (2007), bendrosios praktikos gydytojai susiduria su veiklos organizavimo trūkumais ir problemomis, kadangi prisideda papildomoms funkcijoms, tokios kaip apskaitos vedimas ar koordinavimas su kitomis sveikatos įstaigomis. Gydytojui perduota per daug administracinių ir vadybinių funkcijų ir jis nebesugeba jų vykdyti. Be šių problemų, autorė įžvelgia dar keletą „Be kita ko, didžioji bendrosios praktikos specialistų dalis nesilaiko savo profesinės etikos, nes dažnai susivilioja gerokai didesniu uždarbiu, siūlomu farmacijos kompanijų, bei darbo užsienyje galimybėmis. Gydytojų praradimas turi rimtas ekonomines pasekmes. Kvalifikuotų sveikatos specialistų mokymas yra palyginti brangus, todėl itin svarbu išsaugoti kvalifikuotus specialistus šalyje.“ (Droseikienė, 2007, p. 3). Bendrosios praktikos įvedimas paskatino atsirasti „siuntimo talonų“ sistemą, automatiškai išaugo laukimo eilės pas BPG, o tai reiškia, kad išaugo ir neoficialūs mokėjimai, kas, šiai dienai, yra be galo opi problema.

Iš to „išplaukia“ trečiasis decentralizacijos neigiamas padarinys – vykstant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijai, 2003 metais pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo mažinimas, kuris pasireiškia rajoninių ligoninių skyrių uždarymu arba prijungimu prie artimiausios miesto ligoninės, sudėtingesnių sveikatos priežiūros paslaugų perkėlimu į miesto ligonines. Rajoninių ligoninių tinklo mažinimas sukėlė daug kritikos. Internetiniame tinklalapyje „Lietuvos sveikata“ rašoma „sumažėjus stacionarinių paslaugų sąrašui rajonų ligoninėse, pablogės paslaugų prieinamumas, bet ne dėl to, kad regioninės ligoninės neturės pajėgumų, o dėl to, kad dalis pacientų dėl būtinumo važiuoti toliau gali atsisakyti gydymo paslaugų iš viso, nes brangiau kainuos nuvykti į ligoninę (jei reikės važiuoti

patiems) ir, be to, lankyti artimuosius bus taip pat brangiau.“ (sec.lt, 2009). Neseniai šalyje pasirodė pritrenkianti žinia – sveikatos reforma pareikalavo aukų. Kaip rašoma dienraštyje „Šiaulių kraštas“, „per Velykas pakeliui iš Pakruojo į Šiaulių ligoninę greitosios pagalbos automobilyje mirė moteris. Medikai neslepia – jei Pakruojo ligoninėje tebeveiktų reanimavimo skyrius, būtų buvę žymiai daugiau šansų išgelbėti ligonę. Skyrius, vykdant Sveikatos reformą, uždarytas.“ (sveikatossodas.lt, 2012). Tenka pripažinti, kad sumažėjus paslaugų skaičiui rajonuose, sumažėja ir paslaugų prieinamumas, pacientui pradedamos riboti pasirinkimo teisės. Tokiu būdu yra sulaužomas sveikatos politikos prieinamumo ir laisvo pasirinkimo principas.

Privatizacija. „Leidinio „medicinos praktikos vertinimas Lietuvoje. Pirmieji žingsniai“ autoriai teigia, kad sveikatos apsauga, kaip ir visos ekonomikos situacija, tuomet (po Nepriklausomybės atkūrimo) priklausė nuo laipsniško komandinės ekonomikos pertvarkymo į rinkos ekonomiką, nuo orientavimosi vien į Rytus iki subalansuoto Rytų ir Vakarų derinio“ (Jankauskienė, 2010, p. 110). Po Nepriklausomybės atkūrimo nutrūko ekonominiai ryšiai su Rytais – tai paskatino daryti pertvarką. Kadangi nebebuvo tiekiama medicinos įranga ir vaistai, atsirado didelių problemų dėl sveikatos sektoriaus įstaigų ir jų teikiamų paslaugų kokybiško funkcionavimo. Didžiausia privatizavimo nauda laikytina paslaugų kokybė, nes būtent privatizacija leido pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Galima sakyti, kad decentralizacija vyko naudojant privatizavimo principą. D. Jankauskienė (2010) nurodo šias privatizuotas sveikatos apsaugos sritis – buvo privatizuoti valstybiniai vaistų sandėliai, kai kurios vaistinės, ypatingai odontologija, atsirado privati medicinos praktika, pvz., privatūs šeimos gydytojų kabinetai, privačios klinikos, privatūs odontologų kabinetai.

P. Gylys teigia, kad privatizavus sveikatos sistemą, padėtis į gerąją pusę vistiek nepasikeis, nes ji neišspręs problemų. „Tie, kurie privatizavus taps savininkais, gyvens gerai, bet tiems, kurie taps verslo samdomaisiais darbuotojais, gerai nebus. Ir visi žiūrės į paciento piniginę. O visuomenė neturės galimybių kontroliuoti, kaip įgyvendinamas viešasis interesas sveikatos apsaugoje.“ (Gylys, 2006). Laisvosios rinkos institutas pasisako už privatizavimo idėją, tačiau privatizavus sveikatos priežiūros įstaigas pablogės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Daugybė Lietuvos piliečių gali tik pasvajoti apie privačias sveikatos priežiūros paslaugas, kadangi jos yra orientuotos į paciento kišenę. „Štai Amerikos sveikatos sistema paremta privačiu draudimu. Norint draustis, reikia pinigų. Jeigu neturiu už ką, sveikatos apsaugai tampu visiškai neįdomus.“ (Gylys, 2006). Viešoje erdvėje jau yra pripažįstama, kad Amerikos sveikatos sistema yra ant žlugimo ribos. Taigi naudojant privatizavimo principą sveikatos apsaugoje, pradedamos riboti pacientų pasirinkimo teisės, sulaužant prieinamumo, lygybės bei laisvo pasirinkimo sveikatos politikos principus.

Rinkos mechanizmo metodų diegimas ir privataus sektoriaus metodų taikymas. Rinkos sąlygų formavimas sveikatos sektoriuje reiškia konkurencijos skatinimas tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų, siekiant efektyvumo ir orientacijos į klientų poreikių tenkinimą. Sukūrus rinkos mechanizmą, sveikatos apsauga savo pacientą mato kaip klientą. Pati rinkos sąlygų formavimo koncepcija nėra ydinga, tačiau ją diegiant sveikatos sektoriuje ji kertasi su demokratijos principais, tokiais kaip laisvas piliečių pasirinkimas, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kiekvienam pacientui. Teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms gali nebūti alternatyvos arba jos gali būti tokios brangios, kad nebus prieinamos visiems piliečiams. (Staponkienė, 2005).

Šalies Prezidentė Dalia Grybauskaitė teigia, kad „sergančiam žmogui svarbu gauti visokeriopą pagalbą ir konkurencija užtikrins žmonėms geresnes sveikatos paslaugas“ (Grybauskaitė, 2010). Taip, sveikatos paslaugos gal ir taps geresnės, jos bus labiau orientuotos į pacientų poreikius ir dėl to pagerės jų kokybė, tačiau niekas nekalba viešai apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kuris bus sudetingesnis vien dėl konkurencijos paveiktų kainų. „Rinkos mechanizmų taikymas sveikatos sektoriuje dėl daugelio priežasčių (didelės paslaugų kainos, informacijos asimetrija ir kt.) yra gana ribotas.“ – teigia Romualdas Buivydas, Sveikatos ekonomikos centro direktorius.

Romas Lazutka, žymus šalies sociologas ir ekonomistas teigia – „Sveikatos apsaugos marketizavimo srityje Lietuvoje nuveikta ne tiek daug. Čia dominuoja nelegalūs mokėjimai: gydytojams „į kišenę“ bei įvedinėjamos tam tikros priemokos.“ (Lazutka, 2011). 2011 metais LR Seimo priimtame nutarime „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ reglamentuojama, jog pagrindinė nutarimo paskirtis „sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą“ (Žin., 2011). Šiai dienai jokio teigiamo poslinkio į priekį nematome.

Galima išskirti tokius pagrindinius privataus sektoriaus principus: optimalus išteklių valdymas, kokybės vadybos metodų diegimas, naujų vadovavimo stilių taikymas, viešojo sektoriaus veiklos rezultatų matavimo rodiklių įvedimas, „atlygio pagal rezultatus“ sistemos formavimo skatinimas, personalo ugdymas bei mobilumas.

Naujosios viešosios vadybos kontekste kokybės vadyba pabrėžia – viešajame valdyme turi mažėti biurokratinių metodų ir daugėti verslo elementų. Turi būti skatinami struktūriniai pokyčiai organizacijose. „Bus atsisakyta vaidmenų hierarchijos ir pereita prie dinamiškų procesų sistemos“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 51). Šiai dienai sveikatos sektoriaus valdymo hierarchija mažėja, naudojant decentralizacijos principą ir skaidant valdymo funkcijas į horizontalųjį modelį.

Tačiau apžvelgus pagrindinius privataus sektoriaus principus, aišku viena, kad norint juos įgyvendinti sveikatos apsaugoje, visą atsakomybę turi prisiimti sveikatos priežiūros paslaugų srities vadovai. Tik profesionalias vadybos žinias turintis vadovas gali kompetetingai ugdyti savo personalą, optimaliai valdyti gaunamus išteklius, vadovauti taikant naujus vadovavimo stilius ir kurti tokią

sveikatos politiką, kuri orientuotųsi į rezultatą. „Ateityje vadovai turi būti kompetentingesni sveikatos politikos srityje. Nors dabartiniai vadovai ir žino, kaip pagerinti veiklą, jie dažnai įtakos tokiems pokyčiams daryti negali, nes tai yra susiję su sisteminiais sveikatos priežiūros pokyčiais“. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 51). Ateityje sveikatos priežiūros srities vadovams reikės profesionalesnių tiek politikos tiek vadybos žinių.

Piliečių dalyvavimas. Yra autorių, kurie priskiria dalyvavimo principą naujajam viešajam valdymui, tačiau šio principo pradininkė yra naujoji viešoji vadyba. Naujajam viešajam valdyme piliečių dalyvavimo principas tik dar labiau suaktyvėja.

Šis principas yra vienas iš sėkmingos sveikatos politikos įgyvendinimo priemonių. Visuomenė – sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, dėl to piliečių dalyvavimas priimant sprendimus yra itin svarbus, norint išsiaiškinti pacientų lūkesčius. Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centras nurodo, kad dažniausiai veikia tarybos, kurios dirba su konkrečia ministerija ir teikia strateginius pasiūlymus dėl konkrečios politikos srities, pavyzdžiui sveikata.

Piliečių dalyvavimas laikomas sėkmingu sveikatos apsaugos reformos padariniu. Susikūrė Nacionalinė sveikatos taryba, atskaitinga Lietuvos Respublikos Seimui, kuri koordinuoja vykdomą sveikatos politiką; 1996 metais įkurta Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės koordinuoja sveikatos politiką ministerijose ir kitose Vyriausybės institucijose. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme yra reglamentuojama Savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba, kuri yra savarankiška sveikatinimo veiklos koordinavimo institucija savivaldybės teritorijoje prie savivaldybės tarybos. Pačiose sveikatos priežiūros įstaigose yra įsikūrusios slaugos, gydymo, stebėtojų tarybos.

Vilniaus teritorinių ligų kasų internetiniame puslapyje nurodoma, kad tarybos savo veikloje vadovaujasi Sveikatos draudimo įstatymu ir atlieka daug funkcijų, tokių kaip medicininio audito rinkimas ir organizavimas, sutarčių stebėjimas, Teritorinių ligonių kasų administracinės veiklos priežiūra ir kt. Slaugos taryba svarsto pacientų slaugos organizavimo ir tobulinimo klausimus. O Gydymo taryba svarsto asmens sveikatos priežiūros organizavimo ir tobulinimo klausimus. Kuriasi įvairios Nevyriausybinės organizacijos, pavyzdžiui Psichosocialinės onkologijos asociacija ir kt. Todėl D. Jankauskienė (2010) pabrėžia, kad vystant pacientų teises ir jų dalyvavimą, reikia sudaryto sąlygas nevyriausybinių organizacijų atstovams dalyvauti priimant sprendimus. „Dėl to į Privalomojo sveikatos draudimo tarybą, Nacionalinę sveikatos tarybą, SAM kolegiją ir pagrindinių strateginių dokumentų kūrimo darbo grupes rekomenduotina įtraukti ir sveikų žmonių nevyriausybinių organizacijų atstovus“. (p. 142).

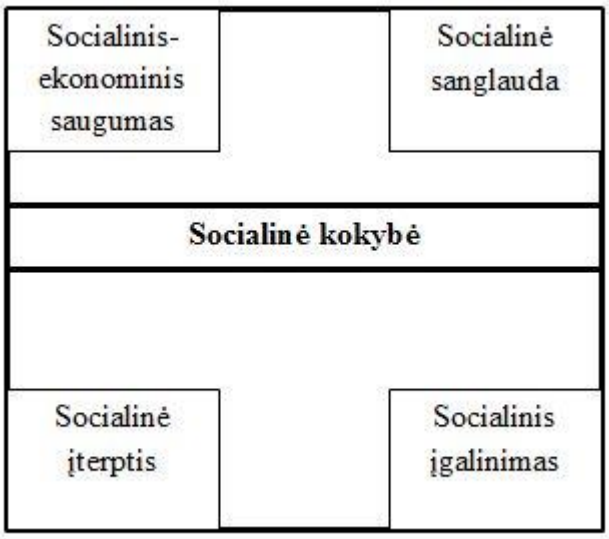
Pamatinė vertybė yra piliečių įtraukimas priimant sprendimus. Sveikatos priežiūra tampa vis labiau orientuota į pacientą ir vis labiau individualizuota, kai pacientas tampa aktyviu sveikatos priežiūros subjektu, o ne vien tik šių paslaugų teikimo objektu. Dirbant pagal Piliečių darbotvarkę

Bendrijos sveikatos politikoje piliečių ir pacientų teisės turi būti esminis atspirties taškas. Tai apima dalyvavimą ir įtaką priimant sprendimus bei gerovei reikalingus gebėjimus, įskaitant „sveikatos raštingumą" - sugebėjimas skaityti, atsirinkti ir suprasti sveikatos informaciją, kad būtų galima priimti svarbius sprendimus.(Baltoji knyga, 2007, p. 4). Ten, kur rekomendacijos dėl bendruomenės dalyvavimo sveikatos apsaugoje buvo įgyvendintos, paslaugų kokybė ir vartotojų pasitenkinimas padidėjo.

Socialinė sistema. Sveikatos apsaugos reformos vienas iš pagrindų yra socialiniai pokyčiai. Tikslas – pertvarkyti socialinę sveikatos politiką. Naujasis viešasis valdymas siekia sukurti socialinės gerovės valstybę. Socialiniai sistemai priskiriami tokie principai kaip jau minėtas aktyvus piliečių dalyvavimas ir jų įtraukimas į valdymą, minėtas valstybės tarnautojų kvalifikacijos kėlimas, socialinė kokybė, socialinė atsakomybė, socialinis teisingumas.

Socialumo trūkumas ypatingai atsispindi jautriausiame valstybės sektoriuje – sveikatos apsaugoje. Statiška, neefektyvi ir ne optimali sistema reikalauja aukštesnių kokybės kriterijų. „Vienu iš pažangesnių kriterijų turėtų tapti socialinės kokybės lygis." – rašo Guogis (2009). Socialinę kokybę autorius nupasakoja kaip kvadratą – keturi kampai turintys savo reikšmę. (žr. 8 pav.). Naujojo viešojo valdymo reikšmingu indėliu laikoma ir socialinės atskirties mažinimas. „Marginalinės grupės įtraukiamos į savirealizacijos, savigarbos ir autonomijos kelią, padidėja jų dalyvavimo, kvalifikacijos ir įdarbinimo, sprendimų priėmimo galimybės, stengiamasi išvengti besąlygiško priklausymo nuo valstybės ir jos išmokų, pagerėja darbo etika." (Guogis, 2009). Taigi susilieja viešojo administravimo etika ir aktyvi socialinė politika.

8 pav. Socialinės kokybės kvadratas



Šaltinis: adaptuota pagal Guogį (2009)

Strategijoje „Europa 2020“ itin akcentuojamos sveikatos sektoriaus socialinės plėtros kryptys. Ilgalaikės perspektyvos tikslas yra aukšto užimtumo lygio socialinio ūkio kūrimas. „Nurodoma, jog produktyvumui gali būti padarytas poveikis, jeigu būtų užtikrinta darbo jėgos sveikata ir neatvykimas į darbą būtų retesnis“. (esparama.lt, 2011). Strategijoje norima pabrėžti, kad daugiausiai pastangų reikia dėti kovojant su skurdu ir socialine atskirtimi. To pasiekti galima mažinant nelygybę sveikatos priežiūros srityje, taip užtikrinant sveiką ir aktyvią senėjančią visuomenę, nes tik tokiu būdu gali būti pasiektas didesnis darbo našumas ir užtikrinta socialinė sanglauda. Strategijoje taip pat teigiama, kad „sveika visuomenė visada bus produktyvesnė už sergančiąją, gerais sveikatos rodikliais pasižyminčiose pasaulio šalyse yra mažiau pravaikštų, darbingas amžius yra ilgesnis, o darbo efektyvumas – didesnis“. (esparama.lt, 2011). Kitoje Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ tikslas yra sveikatos sektoriaus galimybių plėtra. Kaip pagrindine sveikatos srities iniciatyva yra laikomas naujų darbo vietų kurimas taip mažinant socialinę atskirtį. Minėtoji strategija siekia ugdyti ir taip užtikrinti socialinę atsakomybę naudojant bendruomeniškumo principą. Socialinės gerovės tobulinimas pažymimas visuose pagrindiniuose strateginiuose dokumentuose - strategijoje „Europa 2020“, penktojoje ekonominės, socialinės ir teritorinės sanglaudos ataskaitoje, Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, 2020 m. Europos strategijos integruotosios gairėse, Komisijos Baltojoje knygoje, pasaulio sveikatos organizacijos strategijoje „Sveikata visiems“. To pasekoje matome, kad strateginio planavimo principas Lietuvos sveikatos apsaugoje yra ypač aktualus.

Strateginis planavimas, programos bei projektai. Sveikatos apsaugos nepakankamas efektyvumas kelia rimtų problemų ir daug negatyvių reiškinių: sistema neveikia optimaliai, racionaliai nėra patenkinami visuomenės poreikiai, o ypač marginalinėms grupėms sunkus paslaugų prieinamumas. Tokiai ydingai sistemai reikalingas veiksmingas valdymas, kuris gali būti formuojamas per strateginį planavimą, o įgyvendinamas per programas ir projektus. Būtent šie įvardinti metodai yra naujojo viešojo valdymo vadybinė naujovė. Vadybinės inovacijos sveikatos apsaugos sektoriuje gali teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pakelti į aukštesnį, modernesnį lygį. Vystantis strateginiam planavimui kaip valdymui ir jam tobulėjant, modernėja ir taikomų principų funkcionalumas. (žr. 9 pav.).

9 pav. Strateginio planavimo principų kaita

Ankstesnieji strateginio planavimo principai	Modernūs strateginio planavimo principai
Planavimas iš esmės orientuotas ne į strategijos įgyvendinimą, bet į veiksmų aprašymą	Planavimas orientuotas į strategijos įgyvendinimą
Planavimui trūksta vieningos metodikos; įmonės planai nėra tarpusavyje susieti	Planavimas apima visus įmonės lygius, kuriuose vadovaujamasi vieninga metodika
Planavimo ciklas trunka 3- 5 metus	Strategija gali būti koreguojama bet kuriuo metu, atsižvelgus į rezultatus
Strateginis planas – popierinis, ne daugiau kaip 50 puslapių dokumentas	Strateginis planas – sugrupuotų rodiklių lentelės, įrodančios, kaip strategija bus įgyvendinta ir paremta realiais veiksmais
Kūrybinis strateginio mąstymo procesas vyksta tik aukščiausiu įmonės lygiu	Kūrybinis strateginio mąstymo procesas vyksta visais įmonės lygiais
Planuojama, nes taip nurodyta	Planuojama, nes aiškiai suvokiama, ką reikia atlikti, kad įmonė vystytųsi
Strateginis planas nesusietas su kasdieniais veiksmais	Strateginis planas yra dinaminis procesas, kuris aprūpina reikiama informacija priimant verslo valdymo sprendimus
Vadovai orientuojasi į trumpalaikius finansinius tikslus	Vadovai orientuojasi į finansinius ir nefinansinius tikslus, kurie apima visas įmonės veiklos perspektyvas
Planavimas yra formalus	Planavimas įvertina reikiamus išteklius strategijai įgyvendinti
Nesukurtas mechanizmas, įvertinantis suplanuotų veiksmų atlikimą	Tiksliai įvertinamas suplanuotų veiksmų atlikimas
Plane aprašyti strateginiai tikslai tarpusavyje pakankamai nesusieti	Visi tikslai susieti tarpusavyje grįžtamaisiais ryšiais

Šaltinis: Smilga, Janušonienė, 2007, p. 127.

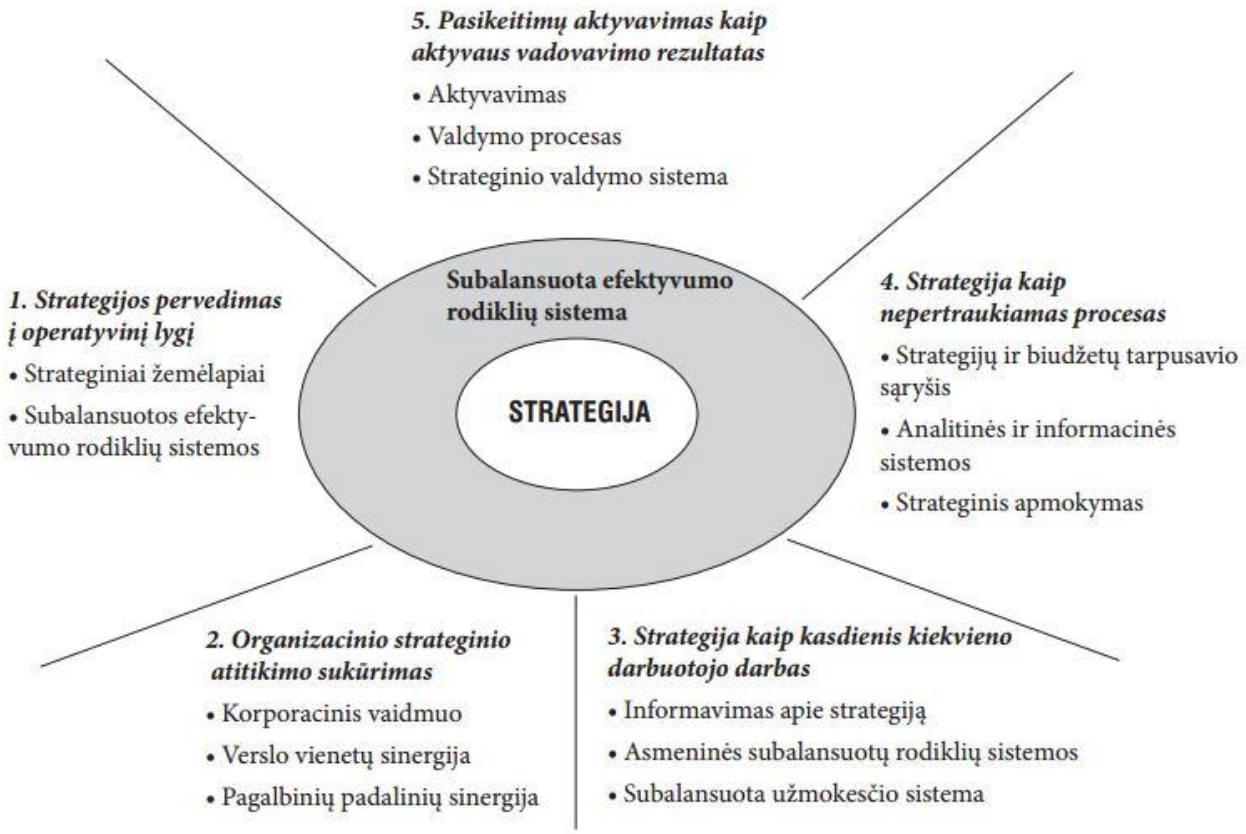
Veiksmingas strateginis planavimas yra ne tik strategijos parengimas, bet ir sėkmingas jos įgyvendinimas. „Strategijos parengimo procesas pakankamai gerai įsisavintas ir Lietuvoje, tačiau jos realizacija susiduria su daugeliu problemų, kurios dažnai nulemia strategijos neužbaigtumą ir neefektyvumą.“ (Smilga, Janušonienė, 2007). Autoriai taip pat įvardija skaičius, kad strategijos parengimas yra tik 10 procentų viso darbo, o likusi dalis – strategijos realizavimas. „Strategijos įgyvendinimas dažnai susijęs su procesų tobulinimu, todėl reikalingi specifiniai įgūdžiai, žinojimas.“ (Smilga, Janušonienė, 2007). Darbuotojai turi turėti atitinkamą kvalifikaciją ir būti kompetetingi, nes tik taip strategija gali veikti. Autoriai skiria tokias personalo kliūtis:

1. Prastas vizijos suvokimas – tik 5 procentai darbuotojų supranta strategiją.
2. Tik 25 procentai darbuotojų turi sąsają su strategija.
3. Vadovavimo stoka – 85 procentai vadovaujančias pareigas užimančių darbuotojų strategijų aptarimui skiria per mažai laiko.

Taigi norint strategiją įgyvendinti optimaliai, reikalingas kiekvieno darbuotojo suvokimas, palaikymas ir aktyvus dalyvavimas. Reikia nepamiršti, kad kuriant ir įgyvendinant strategiją ypatingai reikalingas aukščiausio lygio darbuotojų dalyvavimas. „Pirmiausia reikia sutelkti pastangas ir ieškoti impulso, nuo kurio priklauso proceso pradžia. Kai tik pasirengiama pokyčiams, visos pastangos nukreipiamos į valdymą. Ir tuomet palaipsniui atsiranda naujas valdymas, nauja jo kokybė – strateginis valdymas, kuris sujungia naujas struktūras ir vertybes į naują sistemą.“ (Smilga, Janušonienė, 2007). Kalbant apie personalą, reikia paminėti ir strategijos nepertraukiamumo principo svarbą. Lietuvoje dėl to taip pat kyla kėblumų. Nors kuriamos sveikatos strategijos yra ilgametės, jų užtikrintumui ir sėkmingam įgyvendinimui sudėtingą kelią tiesia kadencijas einantys skirtingi valdininkai. Partijinis nesusikalbėjimas, kas kadenciją besikeičiantys darbuotojai negali įtakoti sėkmingo strateginio proceso ir jo sėkmingo nepertraukiamumo. Skirtingų kadencijų valdininkai pasitarimų, kurie yra skirti periodiškam strategijos aptarimui, praktikoje nenaudoja. Kaip rezultatą, galima įvardinti strateginio valdymo, kaip vientiso nepertraukiamo proceso, nebuvimą.

Strateginio valdymo svarba Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje nėra pakankamai suvokta. Turint labai gerus kvalifikuotus medikus, to nepakanka, nes kokybė sveikatos srityje vistiek nepasiekiama, tą rodo profilaktikos, gydymo procesų, reabilitacijos, kitaip tariant sveikatos priežiūros paslaugų, efektyvumo stoka. Kaip priežastį galimą įvardinti šiandieninės vadybos stoką. Sveikatos apsaugos ministerijos kolegiją sudaro 38 nariai – tai garsiausi Lietuvos biomedicinos, socialinių mokslų, Konstitucinės teisės specialistai, gydymo įstaigų vadovai, savivaldybių atstovai, Sveikatos apsaugos ministerijos vadovybė. (vlmedicina.lt, 2013). Tačiau nėra nei vieno vadybos atstovo, nei vieno kompetentingo šiuolaikinės modernios vadybos specialisto. Šiuolaikinė vadyba įvardijama taip: pirmiausia tai strateginis planavimas ir valdymas, rezultatyvų įgyvendinimą koordinuojančios programos ir vykdomi projektai, subalansuota efektyvumo rodiklių sistema – visa tai padeda pasiekti optimalių rezultatų. Kad tokia sistema veiktų sėkmingai, reikia laikytis nuoseklumo. Autoriai Smilga ir Janušonienė nurodo tokius žingsnius, kuriais remiantis užtikrinamas ir garantuojamas optimalus organizacijos strateginis valdymas. Schema pateikta paveiksle. (žr. 10 pav.).

10 pav. Strategiškai orientuotos organizacijos principai



Šaltinis: Smilga, Janušonienė, 2007, p. 132

Taigi sistemingai laikantis nurodytų žingsnių, strateginė vizija taptų aiškesnė ir suprantamesnė visam sveikatos apsaugos sektoriaus mechanizmui. Sukuriant vientisą sveikatos priežiūros sistemą, reikia laikytis nuoseklumo visuose lygiuose, įtraukiant aukščiausius vadovus ir perduodant jų valdymo įsipareigojimą žemesniems darbuotojų lygiams. „Naujoji struktūra sugebėtų palaikyti daugumą iniciatyvų, asignuoti kapitalą, paskirstyti išteklius. Bet pats svarbiausias sistemos įnašas būtų strateginio valdymo proceso integravimas – komandų ir darbuotojų dėmesio sutelkimas strateginiams prioritetams visoje sveikatos apsaugos sistemoje.“ (Smilga, Janušonienė, 2007, p. 136-137). Taigi sėkmingas strateginis valdymas Sveikatos apsaugos ministerijoje galimas tik tuo atveju, jei strateginiame valdyme aktyviai dalyvautų aukščiausios grandies vadovai, naudojant valdymą koordinuojančias programas. Pristatant 2014 – 2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos veiksmų programos projektą, sveikatos apsaugos ministras V. P. Andriukaitis teigė, kad svarbiausia yra vienyti pastangas, apjungiant visus sektorius. (vlmedicina.lt, 2013).

Tarpsektorinė sąveika ir partnerystė. Valstybinės įstaigos siekia plataus bendradarbiavimo, įtraukiant piliečių grupes ir nevyriausybinį sektorių. Pagrindinis šio metodo siekis yra išplėtoti

partnerystės principą į tarpsektorinę integraciją, t. y. būtent tokia forma leidžia daug plačiau į partnerystės tinklą įtraukti piliečius ir jų grupes, paskirsto socialinę atsakomybę ir taiko griežtesnį kontrolės mechanizmą. Naujasis viešasis valdymas naudoja terminą „sąveika“, nes sąveikavimas skatina darnesnį vystymąsi ir darnesnę veiklą. Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje rašoma, kad tarp sektorių esantys barjerai – viena iš didžiausių darnaus vystymosi kliūčių, todėl stengtasi kuo glaudžiau sieti skirtingų sektorių tikslus ir uždavinius. (Valstybės žinios, 2003). Strategija taip pat įprasmina naujojo viešojo valdymo esminius principus – „darnus vystymasis neįmanomas be plataus visuomenės dalyvavimo ne tik sprendžiant konkrečius šioje strategijoje nurodytus uždavinius, bet ir priimant darnaus vystymosi požiūriu svarbius įvairaus lygio sprendimus. Labai svarbu, kad įgyvendinant šią strategiją būtų užtikrinti ne tik anksčiau minėti horizontalūs, bet ir vertikalūs ryšiai.“ (Valstybės žinios, 2003). O sveikatos sritis strategijoje išskirta prioritetine.

Sveikatos apsaugos ministerijos Ryšių su visuomene skyrius savo puslapyje rašo – „Viešojo ir privataus sektorių partnerystės projektai yra orientuoti į kokybiškesnių paslaugų teikimą bei efektyvesnį valstybinio sektoriaus turto panaudojimą. Daugelis pasaulio šalių domisi šio tipo projektais. Baltijos šalyse – Estijoje bei Latvijoje jau yra sėkmingai įgyvendinti keli tokie projektai.“ (sam.lt, 2013). Tačiau partnerystės terminas vis dar yra labai politizuotas, sukeliantis visuomenės nepasitikėjimą, ypatingai kalbant apie sveikatos sektorių. Lietuvoje vis dar tarp sąvokų partnerystė ir privatizacija yra dedama lygybė. Vyrauja nuomonė, kad partnerystė yra ta pati valstybinio turto privatizacija. „Tuo tarpu įvairaus lygio viešoji ir privačioji partnerystė – tai efektyvus, modernus, šiuolaikinio pasaulio lūkesčius atitinkantis viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimo būdas, sudarantis palankias sąlygas pritraukti privatų finansavimą ir pasireikšti privačiai iniciatyvai teikiant viešąsias paslaugas.“ (sam.lt, 2013). Taigi partnerystė yra naudinga valstybei, nes taip yra pritraukiamos lėšos per trumpą laiką, o gyventojai gali gauti geresnės kokybės sveikatos priežiūros paslaugas.

Naudojant partnerystės principą sveikatos sektoriaus projektų vykdyme, būtina iš anksto apibrėžti visas sąlygas ir atsakomybes. Dėl plačiai paplitusios korupcijos, ypač sveikatos sektoriuje, kyla konfliktų grėsmė, todėl būtina iš anksto numatyti ir konfliktų sprendimo tvarką. Siekiant laikytis sveikatos politikos teisingumo ir skaidrumo principų, reikalinga tvirta teisinė bazė, kurios Lietuva kolkas pakankamai kokybiškos neturi. Taip pat yra stipri informacijos asimetrija, visuomenė turi teisę būti informuota apie tai, kokie yra vykdomi projektai sveikatos sektoriuje. Juk vykdoma viešojo sektoriaus veikla turi vadovautis viešumo principu. „Nėra teisinės galimybės viešai susipažinti su visais

numatomais vykdyti, vykdomais ir įvykdytais projektais. Suprantama, kad šios sutartys gali turėti komercinę paslaptį, todėl svarbu, kad teisinio sužinojimo būdai ir metodai būtų taikomi nepažeidžiant komercinės paslapties.“ (Šutavičienė, 2011, p. 792). Minėtoji problema išryškėja, kadangi nėra

pakankamai suteikiama informacijos suinteresuotosioms grupėms, o žiniasklaida pateikia „iškreiptą“, kuriais nors vienai pusei labiau naudingą informaciją.

Sveikatos apsaugos ministras R. Šadžius laikosi nuomonės, kad negalima besąlygiškai partnerystės principo taikyti. Reikia atsižvelgti į valstybinį kultūrinį, intelektualinį išsivystymą ir tik tada plėtoti Lietuvos sveikatos sistemos tobulinimo galimybes. „Neturėtume bijoti viešojo ir privataus sektorių partnerystės. Tačiau ir „nepasinerkime“ į šį procesą beatodairiškai. Viešojo ir privataus sektorių partnerystė – ne panacėja nuo visų mūsų sveikatos sistemos ligų. Tai sudėtingas procesas, apimantis materialinę ir moralinę atsakomybę, iniciatyvą ir kūrybą, garantijų ir rizikos pasiskirstymą.“ (sam.lt, 2013). Skaidriu ir sėkmingu sektorių sąveikos rezultatu galime laikyti elektroninį sveikatos sistemos kūrimą. Naujoji sistema leidžia teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas, taupant ir efektyvinant sveikatos sektoriaus darbuotojų laiką.

Nevyriausybinis sektorius, vadinamas trečiuoju sektoriumi, taip pat yra įtraukiamas į valstybinį valdymą. Nors Lietuvoje kol kas nėra suformuluotos nevyriausybinių organizacijų plėtros politikos. *Trečiasis (NVO) sektorius iki šiol neturi sukūręs bendriesiems nevyriausybinių organizacijų bendruomenės reikalams spręsti skirto kolegialaus instituto, kuris galėtų užtikrinti nuoseklų NVO sektoriaus interesų atstovavimą, ginti viešąjį interesą, susijusį su pilietine visuomene, ir dalyvauti valstybės politikos krypčių bei prioritetų nustatymo, teisės aktų rengimo ir priėmimo, valstybinio finansavimo pilietinės visuomenės organizacijų veiklai ir demokratijos stiprinimui procesuose. (Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centras, 2009).* Dėl šios priežasties nevyriausybinės organizacijos negali tvirtai atstovauti savo interesų bei pritraukti lėšų Lietuvoje. Kaip problemos sprendimą galima laikyti informacijos plėtrą, t. y. didinti visuomenės informuotumą apie nevyriausybines organizacijas ir tokiu būdu ginti viešąjį interesą. Kitų šalių patirtis rodo, kad nevyriausybinis sektorius tampa pilietinės visuomenės ramsčiu, pvz. Europos nevyriausybinių organizacijų Taryba Briuselyje arba Nacionalinė nevyriausybinių organizacijų Taryba Didžiojoje Britanijoje.

Lietuvoje 2009 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė priėmė pirmąjį nevyriausybinių organizacijų plėtros dokumentą – ”Nevyriausybinių organizacijų plėtros koncepciją”, kurioje teigiama, kad kol kas nėra atstovaujančio organo, kuris galėtų dalyvauti svarstant visuomenei reikšmingas iniciatyvas, daryti įtaką svarstomiems sprendimams. Tačiau aiškiai įvardijamas trečiojo sektoriaus būtinas bendradarbiavimas su valstybiniu mechanizmu. (Valstybės žinios, 2010). Taigi valstybinės institucijos visapusiškai pritaria nevyriausybinio sektoriaus plėtrai. Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje teigiama, kad bus užtikrinama nevyriausybinių organizacijų įtaka Lietuvos sveikatos apsaugoje per tarpinstitucinį bendradarbiavimą:

680. Toliau teiksime finansinę paramą, kad bendruomenės ir nevyriausybinės organizacijos būtų įtraukiamos į sprendimų priėmimą ir galėtų aktyviai dalyvauti kurdamos pilietinę visuomenę.

740. Sutvarkysime sveikatos įstaigų valdymą, peržiūrėdami steigėjų funkcijas, didindami savivaldybių, vietos bendruomenių ir darbuotojų, pacientų ir kitų nevyriausybinių organizacijų įtaką.

761. Didinsime nevyriausybinių organizacijų vaidmenį, įtraukdami jas į asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

762. Įtrauksime pacientų ir kitas nevyriausybines organizacijas į asmens sveikatos priežiūros įstaigų valdymą. (Valstybės žinios, 2012).

Postūmiu galima laikyti 2010 metais susibūrusią Nacionalinę nevyriausybinių organizacijų koaliciją, kuri atstovauja pagrindinius nevyriausybinių organizacijų interesus ir siekia aktyviai bendradarbiauti su valstybinėmis institucijomis. „Šio bendradarbiavimo pagrindiniai prioritetai yra subalansuoti NVO ir valdžios santykius, gerinti NVO sektoriaus aplinką bei prisidėti prie pilietinės visuomenės kūrimo šalyje.“ (pagalba.org, 2010).

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos sveikatos politika yra viena iš jautriausių viešojo valdymo sričių. Sovietiniais laikais Lietuvoje veikė Semaško sveikatos apsaugos modelis, kuris veikė ydingai – buvo brangus, neefektyvus, neskatino atskaitomybės ir iniciatyvos. Tokiai netobulai sistemai reikėjo reformų. Sveikatos priežiūros reformų pradžia galima laikyti 1990 m. Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimą, nes išsivadavimas iš sovietmečio paskatino mąstyti apie sveikatos sektoriaus valdymo pokyčius, siekiant gerinti gyventojų sveikatos būklę. Pastebėta, kad reformos vykdomos remiantis naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodais – decentralizacija, privatizacija, rinkos mechanizmo metodų diegimas ir privataus sektoriaus metodų taikymas, piliečių dalyvavimas, socialinė sistema, strateginis planavimas, tarpsektorinė sąveika. Tačiau kyla abejonių, ar vykdoma sveikatos sektoriaus reforma yra tikslinga. Išanalizavus minėtus metodus Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, pastebėta, kad naujosios viešosios vadybos metodų taikymas prieštarauja sveikatos politikos pincipams – teisumo, laisvo pasirinkimo, prieinamumo, priimtinumo ir lygybės, o naujasis viešasis valdymas sveikatos sistemą Lietuvoje paliečia tik iš dalies.

3. NAUJOJO VALDYMO METODŲ ĮTAKA LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOJE: EMPYRINIS TYRIMAS

3.1 Tyrimo metodologija

Siekiant ištirti naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo elementų diegimo galimybės Lietuvos sveikatos apsaugoje buvo pasirinkti keli **tyrimo metodai**, kad gauta informacija būtų objektyvi: buvo analizuojami moksliniai ir publicistiniai šaltiniai, Lietuvos Respublikos įsakymai ir kiti teisės aktai, buvo analizuojama šalyje vykdoma sveikatos apsaugos reforma, pasirinktas kokybinis tyrimo metodas subjektyviai informacijai gauti.

I. Luobikienė (2006) teigia, kad „pasak A. Giddenso, kiekvienas tyrimas prasideda nuo tyrimo problemos formulavimo.“ (p. 26). **Tyrimo problema –** išsiaiškinti, kokios yra naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodų adaptavimo pasekmės Lietuvos sveikatos sektoriuje.

Kadangi tyrimo objektas yra visi problemą sąlygojantys veiksniai, o tyrimo tiksle yra sukoncentruotas pagrindinis problemos klausimas, būtina juos įvardinti prieš rengiant tyrimo programą.

- **Tyrimo objektas –** Lietuvos sveikatos apsaugos valdymo mechanizmas.
- **Tyrimo tikslas –** išnagrinėti naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo elementų diegimo perspektyvas Lietuvos sveikatos apsaugoje.

Tyrimo imtis. Norint gauti kuo objektyvesnę informaciją, buvo apklausiami tiek leidžiamosios tiek vykdomosios valdžios atstovai, norint sužinoti jų tarpusavio ryšį konkrečiais klausimais. Leidžiamąją valdžią atstovaujanti institucija sveikatos priežiūros klausimais yra Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komitetas. Buvo atrinkta 10 respondentų. Vykdomąją valdžią atstovaujanti institucija yra Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Respondentai buvo atrinkti pagal kompetenciją konsultuojantis su Ryšių su visuomene skyriaus vedėja. Kad gauta informacija būtų objektyvi, buvo pasirinkta po kompetetingą ekspertą iš kelių skyrių – Asmens sveikatos departamento, Bendrosios medicinos pagalbos skyriaus ir Visuomenės sveikatos departamento. (žr. 2 priedas). Visi apklaustieji turi įgiję aukštąjį išsilavinimą.

Atliekant tyrimą, pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, nes reikia paaiškinti reiškinį ir jį aprašyti, o ne pateikti statistiką. Norima sužinoti subjektyvią respondentų nuomonę. (Valackienė, 2004). „Kokybinių tyrimų skiriamoji bruožų analizė, atlikta remiantis įvairiais šaltiniais, leidžia jį apibūdinti kaip sistemingą atvejo ar individų grupės, situacijos ar įvykio tyrimą natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius.“ (Kardelis, 2005, p. 273).

Ekspertinis tyrimas buvo atliekamas giluminio interviu būdu. **Interviu** – tai viena iš apklausos rūšių, teigia K. Kardelis (2005). I. Luobikienė (2006) rašo, kad „interviu yra viena svarbiausių duomenų rinkimo priemonių kokybiniame tyrime. Tai yra labai geras priartėjimo prie žmonių suvokimo, reikšmių, situacijų apibrėžimo ir realybės konstravimo būdas.“ (p. 116). Formalizuoti interviu klausimai respondentams buvo užduodami tiesioginio susitikimo metu. „Tiriamasis interviu apibrėžiamas kaip tyrėjo inicijuotas dviejų asmenų pokalbis, kurio tikslas – gauti būtiną tyrimo uždaviniams informaciją.“ (Kardelis, 2005, p. 195). Informacija buvo gaunama žodžiu, veliau ją užrašant raštu. B. Bitinas ir kt. (2008) nurodo šiuos giluminio interviu privalumus:

- „Galima surinkti daug naudingos informacijos;
- Yra regimasis sąlytis su informantu;
- Galimybė kruopščiai ištirti problemą;
- Tyrėjas gali paaiškinti savo klausimus, padidindamas tikimybę gauti naudingos informacijos;
- Tyrėjas gali lankščiai bendrauti su išskirtiniais žmonėmis arba ypatingomis aplinkybėmis“ (p. 158).

A. Valackienė (2004) teigia, kad „kokybinio sociologinio tyrimo atveju tiriama nedidelė aibė (keli atvejai), tačiau analizuojama daug kintamųjų.“ (p. 31). Tyrimo metu apklausta 10 respondentų, jie buvo apklausiami po vieną, jiems užduota 10 atvirų struktūrizuotų klausimų. (žr. 1 priedas). Klausimai buvo numatyti iš anksto ir suskirstyti pagal jau anksčiau identifikuotus paradigmų elementus – decentralizacija, privatizacija, rinkos mechanizmo metodų diegimas ir privataus sektoriaus metodų diegimas, aktyvus piliečių dalyvavimas, socialinis teisingumas, strateginis planavimas, programos bei projektai, partnerystė, tarpsektorinė sąveika.

Tyrimo etapai.

I. Išanalizavus mokslinę ir publicistinę literatūrą ir pagrindus iškeltą problemą teoriniame lygmenyje, buvo suformuluotas interviu klausimynas.
II. Pusiau struktūrizuoto interviu dėka buvo siekiama išsiaiškinti, kokia yra respondento nuomonė konkretaus metodo diegimo galimybių klausimu Lietuvos sveikatos apsaugoje.
III. Respondentai buvo apklausiami susitikimų metu. Apklausoje dalyvavo Lietuvos Respublikos Seimo nariai kartu su Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto administracija ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos administracija. (žr. 4 lentelę).

IV. Atliekant ekspertinį tyrimą buvo analizuojami respondentų atsakymai, jų nuomonės, pasiskirstymas. Analizuojant ekspertų atsakymus, buvo nagrinėjamos metodų diegimo perspektyvos.

V. Apklausos metu gauti duomenys buvo sisteminami naudojant lyginamąją analizę.

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas

Respondentai	**Veiklos sfera**
Institucija – Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komitetas	
Ekspertas Nr. 1	Seimo narys
Ekspertas Nr. 2	Sveikatos reikalų komiteto patarėja
Ekspertas Nr. 3	Seimo nario padejėja
Ekspertas Nr. 4	Seimo narys
Ekspertas Nr. 5	Seimo narys
Institucija – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija	
Ekspertas Nr. 6	Asmens sveikatos departamento direktorė
Ekspertas Nr. 7	Bendrosios medicinos pagalbos skyriaus vyriausioji specialistė
Ekspertas Nr. 8	Visuomenės sveikatos departamentas
Ekspertas Nr. 9	Visuomenės sveikatos departamentas
Ekspertas Nr. 10	Ryšių su visuomene skyrius

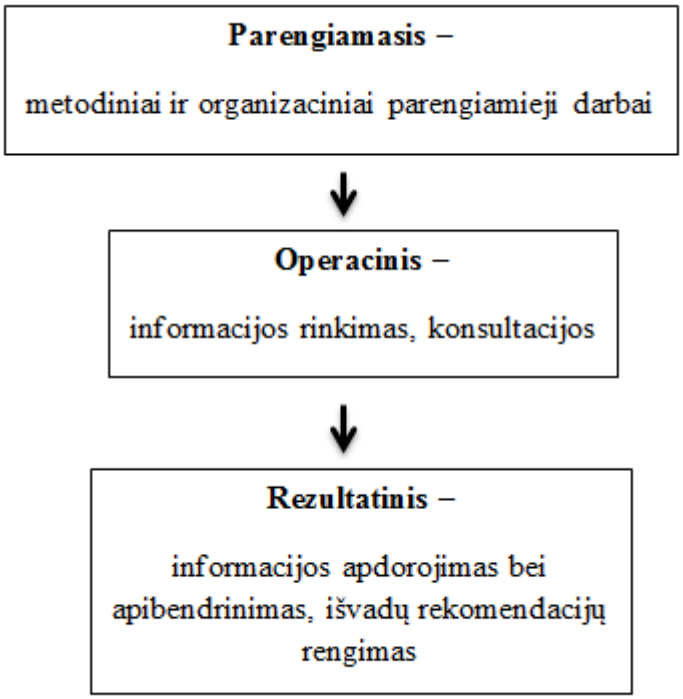
3.2 Tyrimo instrumentarijus

Valackienė (2004) teigia, kad aiškiai įvardijus tyrimo problemą, objektą, tikslą ir metodus galima pereiti prie kito žingsnio – kurti formalųjį tyrimo projektą – instrumentarijų. „**Instrumentarijus** – tai dokumentai naudojami pirminei informacijai rinkti (anketos, apklausos bei

interviu lapai.“ (Valackienė, 2004, p. 54). Pasirinktas tyrimo instrumentas – klausimynas, kuris skirtas darbui su respondentu. Kuriant klausimyną buvo analizuojama tyrimo problema, objektas ir tikslas.

Instrumentarijuje turi atsispindėti tyrimo organizaciniai – procedūriniai etapai. (žr. 11 pav.).

11 pav. Tyrimo organizaciniai – procedūriniai etapai



Šaltinis: adaptuota pagal Valackienę, 2004, p. 53

Klausimyno pradžioje trumpai paaiškinta naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo sąvokos ir išvardinti pasirinkti paradigmų elementai, kuriais remiantis, bus užduodami klausimai. Tam, kad respondentas galėtų lengviau orientuotis ir jais remtis prieš atsakinėjimą. Viso klausimyno metu klausimai buvo grupuojami pagal jau identifikuotus minėtų paradigmų elementus.

Pirmoje klausimyno dalyje klausimai susieti su sveikatos įstaigų ir paslaugų decentralizacija, siekiant išsiaiškinti, kaip respondentai vertina įvykdytą sveikatos priežiūros įstaigų decentralizaciją ir ar pritaria tokiam žingsniui, ar pritaria sveikatos priežiūros įstaigų mažinimui rajonuose, klausiama, kaip internautai vertina įvykdytą teikiamų sveikatos paslaugų restruktūrizaciją.

Antroje klausimyno dalyje visas dėmesys sutelktas į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų privatizacijos principą, siekiant nustatyti, kaip ekspertai vertina atsiradusią privačią medicinos praktiką.

Trečioje klausimyno dalyje pavadinimu „rinkos mechanizmo principų diegimas ir privataus sektoriaus metodų taikymas“ klausimai orientuoti į sveikatos priežiūros įstaigų konkurencingumą,

siekiant išsiaiškinti, kaip respondentai mato konkurencijos buvimą ar nebuvimą ir norima išsiaiškinti, kokia ekspertų nuomonė apie vykdomos sveikatos politikos rezultatyvumą.

Ketvirtoje dalyje – nagrinėjamas piliečių dalyvavimo principas. Stengiamasi sužinoti, ar eksperto institucija bendradarbiauja su piliečiais, piliečių bendruomenėmis ir kaip yra derinami abiejų pusių interesai.

Penktojoje dalyje nagrinėjamas socialinės kokybės klausimas. Siekiant kurti socialinės gerovės valstybę, būtina užtikrinti socialinio teisingumo principą sveikatos sistemoje. Norima išsiaiškinti, kokiais metodais respondento institucija užtikrina socialinės gerovės plėtrą.

Šeštoje dalyje, pateikiamas klausimas, susijęs su strateginiu planavimu formuojant sveikatos politiką. Pagrindinis klausimo tikslas, išsiaiškinti, ar veiksmingai įgyvendinamos parengtos valstybinės strategijos. O jei jos nėra veiksmingos, tai respondento prašoma įvardinti neveiksmingumo priežastis.

Paskutinėje dalyje – nagrinėjamas partnerystės principas, kuris siekia užtikrinti platų ir aktyvų tarpsektorinį bendradarbiavimą. Klausimynu siekiama nustatyti, ar respondentų nuomone, toks bendradarbiavimas vyksta, o jei vyksta, respondentų prašoma pateikti tokio bendravimo pavyzdžių. (žr. 5 lent.).

5 lentelė. Tyrimo požymiai, kuriais remiantis buvo klasifikuojami klausimyno klausimai

Požymiai	Klausimai
Decentralizacija	1) Kaip vertinate tokį žingsnį, kuomet buvo siekiama decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigas ir du trečdaliai įstaigų tapo pavaldžios savivaldybėms? 2) Vykstant sveikatos priežiūros restruktūrizacijai, 2003 metais pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo mažinimas. Ar pritariate ligoninių uždarymui rajonuose?
Privatizacija	3) Kaip vertinate atsiradusią privačią medicinos praktiką? Šiai dienai žinoma, kad apie 90 procentų šalies gyventojų naudojasi privačių odontologų paslaugomis. Kaip tai vertinate?
Rinkos mechanizmo principų diegimas ir	4) Jūsų nuomone, ar vyksta Lietuvoje

privataus sektoriaus valdymo metodai	konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų? 5) Kaip vertinate savo vadybinį pasirengimą? Ar Jūs ir Jūsų kolegos dalyvauja vadybos žinių tobulinimo renginiuose? 6) Jūsų nuomone, ar dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos politika skatina teikiamų paslaugų rezultatyvumą?
Piliečių dalyvavimas	7) Visuomenė – sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, dėl to piliečių dalyvavimas priimant sprendimus yra itin svarbus. Ar Jūsų institucija prieš priimant sprendimus bendradarbiauja su piliečių bendruomenėmis?
Socialinis teisingumas	8) Naujasis viešasis valdymas siekia sukurti socialinės gerovės valstybę, o norint užtikrinti socialinį teisingumą daugiausiai pastangų reikia dėti kovojant su skurdu ir socialine atskirtimi. Socialinės gerovės tobulinimas pažymimas visuose pagrindiniuose šalies strateginiuose dokumentuose. Kaip Jūsų institucija tobulina socialinę gerovę?
Strateginis planavimas	9) Veiksmingas strateginis planavimas yra ne tik strategijos parengimas, bet ir sėkmingas jos įgyvendinimas. Šalies sveikatos sistema turi pakankamai daug strateginių dokumentų. Kaip manote, ar strategijos Lietuvoje yra sėkmingos? Jei ne, kodėl jos nėra veiksmingos?
Partnerystė ir institucinė sąveika	10) Šiandieninė vadyba skatina trijų sektorių – viešojo, privataus ir nevyriausybinio

	aktyvų bendradarbiavimą. Ar sveikatos sektoriuje toks bendradarbiavimas vyksta? Pateikite pavyzdzių.

3.3 Ekspertinis tyrimas

Pasirinkta kokybinio tyrimo strategija – lyginamoji analizė, kuri leis objektyviai palyginti gautą informaciją giluminio interviu metu. Kokybiniai duomenys turi būti analizuojami, remiantis tokiais pagrindiniais žingsniais:

- Klausimams suteikiami pavadinimai „etiketės“ (sisteminama į pogrupius, subkategorijas);
- Prie kiekvieno pavadinimo pridedami pavyzdžiai iš analizuojamo teksto;
- Perskaičius bei susisteminus surinktus duomenis, identifikuojamos tapačios frazės, bruožai, ryšiai, seka, skirtumas tarp konkrečių prasminių vienetų pvz., potemių ar subkategorijų;
- Apibendrinami turimi duomenys. (Bitinas ir kt., 2008).

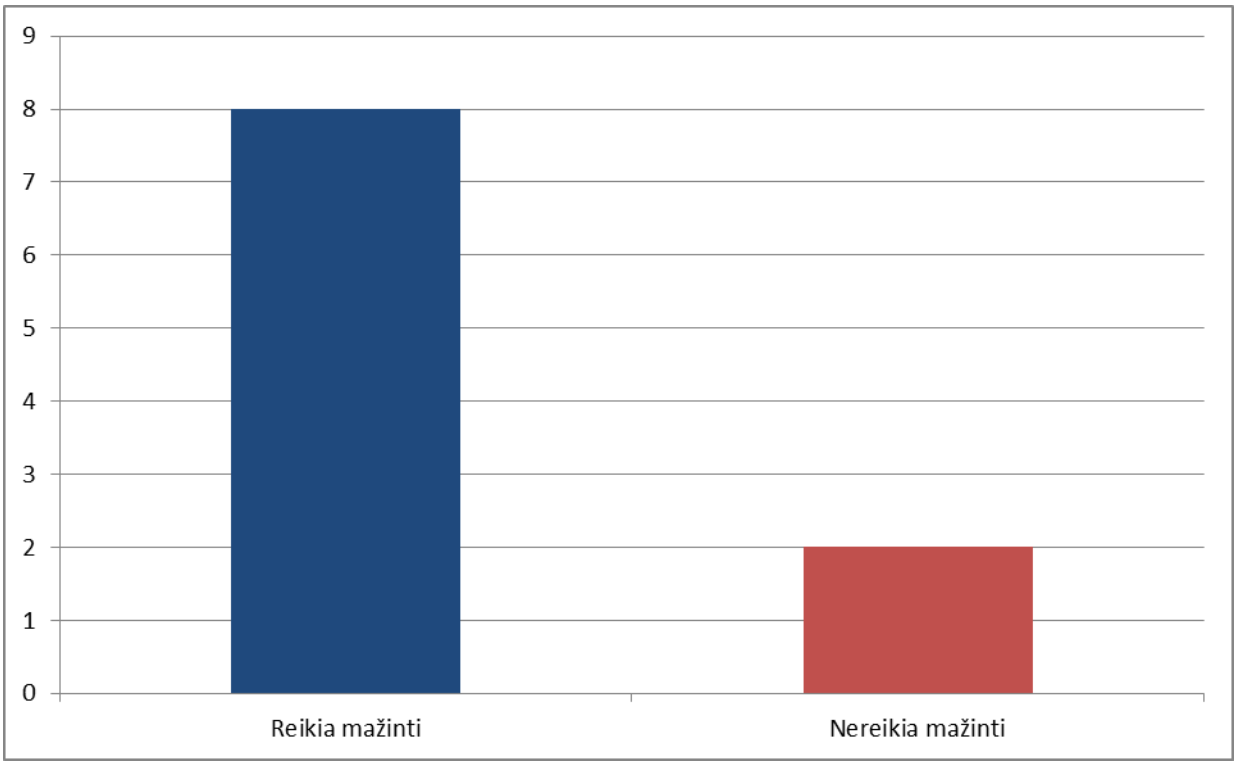
Reikia nepamiršti, kad vien tik interviu metu surinktų duomenų kokybiniam tyrimui atlikti nepakanka. „Siekdami pateikti patikimus tyrimo rezultatus, kokybinius tyrimus atliekantys tyrėjai turi įsitraukti į aktyvų analitinį procesą visuose tyrimo etapuose“ (Bitinas ir kt., 2008, p.207). Tai reiškia, kad viso tyrimo metu nuolatos ir sistemingai turi būti analizuojama mokslinė ir publicistinė literatūra. Taip pat Bitinas ir kt. (2008) rašo – „kokybinis tyrimas remiasi nuostata, kad supratimo interpretavimas yra vienintelis galimas būdas atskleisti ar skaidyti žodiniame tekste išsakytas tiriamo reiškinio prasmes. Analizuodamas kokybinius duomenis tyrėjas siekia atsakyti, kaip veikia (aiškinimas) ir kodėl veikia (interpretacija) tiriamas reiškinys.“ (Bitinas ir kt., 2008, p. 208).

Pirmojo klausimyno bloko „Decentralizacija“ pirmasis klausimas buvo - **kaip vertinate tokį žingsnį, kuomet buvo siekiama decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigas ir du trečdaliai įstaigų tapo pavaldžios savivaldybėms?** Šiuo klausimu respondentų nuomonės skilo į tris dalis: trys ekspertai tokį žingsnį įvertino teigiamai, keturi ekspertai – neigiamai, o likę ekspertai pasisakė tik iš dalies pritariantys: „*už pirminę sveikatos priežiūrą turi būti atsakingos savivaldybės, priminė sveikatos priežiūra turi būti arčiau žmogaus. Kita vertus, savivaldybės nepakankamai gerai atlieka savo funkcijas.“* Vienas ekspertas nurodo kompetetingų sveikatos klausimais darbuotojų stoką savivaldybėse. Leidžiamosios valdžios atstovai linkę kritikuoti šį žingsnį.

Antrasis užduotas klausimas yra toks: **vykstant sveikatos priežiūros restruktūrizacijai, 2003 metais pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo mažinimas. Ar pritariate ligoninių uždarymui**

rajonuose? Visi respondentai vienareikšmiškai teigė, kad ligoninių tinklas buvo pernelyg išsiplėtęs ir jo išlaikymas labai daug kainavo valstybei. (žr. 12 pav.). Tik du ekspertai nurodė, kad problema yra neišvystytame sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume rajonų gyventojams, kad nėra išplėtota transporto infrastruktūra, kuri leistų ligoniams pasiekti miesto ligonines greičiau ir paprasčiau.

12 pav. Ligoninių tinko mažinimas rajonuose



Antrajame klausimyno bloke „privatizacija“ buvo pateiktas klausimas – **kaip vertinate atsiradusią privačią medicinos praktiką? Šiai dienai žinoma, kad apie 90 procentų šalies gyventojų naudojasi privačių odontologų paslaugomis. (Matulas, 2011). Kaip tai vertinate?** Respondentų nuomonės pasidalino lygiai per pusę: vieni vertino vienareikšmiškai teigiamai, kiti – teigiamai tik teoriniame lygmenyje, nes praktikoje privačios sveikatos priežiūros paslaugos nutolsta nuo paciento. (žr. 6 lent.).

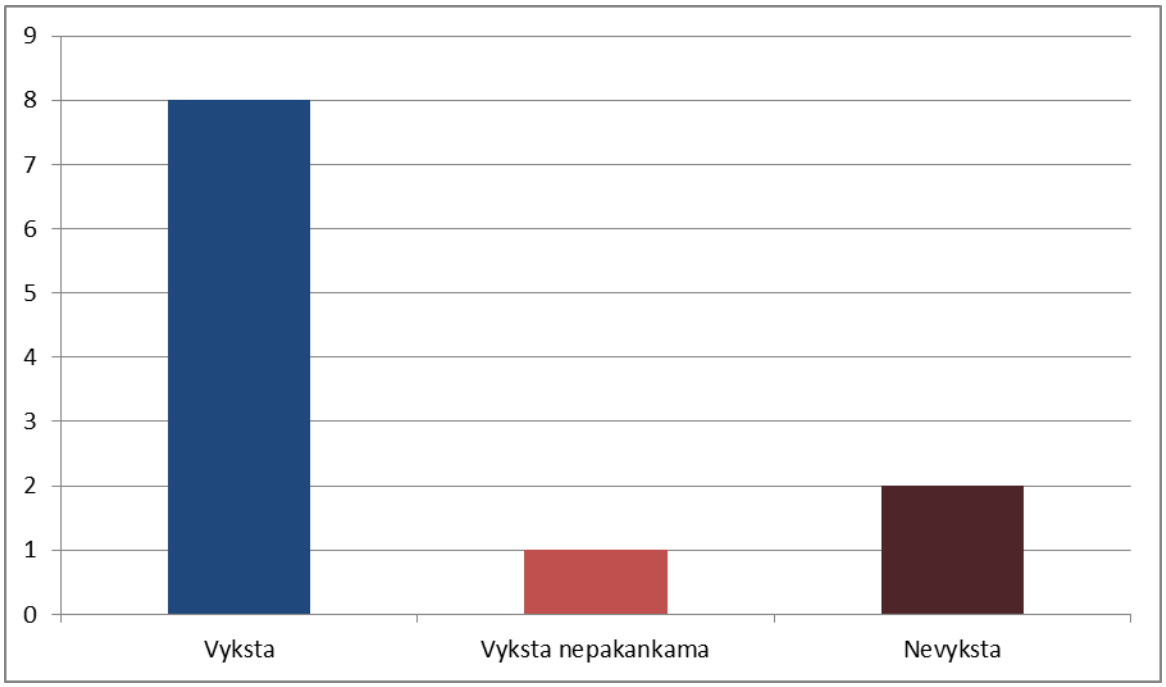
6 lentelė. Privačios medicinos praktikos vertinimas

Teigiamas vertinimas	**Teigiamas vertinimas tik teoriniam lygmenyje**
○ *Privati medicinos praktika sumažina pacientų srautus viešosiose įstaigose* ○ *Sudaro galimybę pacientams rinktis*	○ *Paslaugų kainos per didelės* ○ *Reikia galvoti, kad pagalba būtų visiems prieinama*

sveikatos priežiūros paslaugas, ○ *Priverčia viešąsias įstaigas konkuruoti* ○ *Gerinama paslaugų kokybė*	○ *Pacientui turi būti sudaryta galimybė rinktis ir gauti paslaugų išlaidų kompensavimą* ○ *Paslaugos yra labai brangios ir nėra prieinamos visiems piliečiams*

Trečia klausimyno dalis paremta rinkos mechanizmo diegimo ir privataus sektoriaus valdymo metodų principais. Respondentų buvo paklausta, **ar vyksta Lietuvoje konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų?** Septyni ekspertai nurodo, kad vyksta aštri sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija ir ji vis didėja. Vienas ekspertas konkurencijos kaip proceso nemato, o du ekspertai teigia, kad vykstanti konkurencija nėra pakankama. Nuomonių pasiskirstymas matomas 13 paveiksle. (žr. 13 pav.).

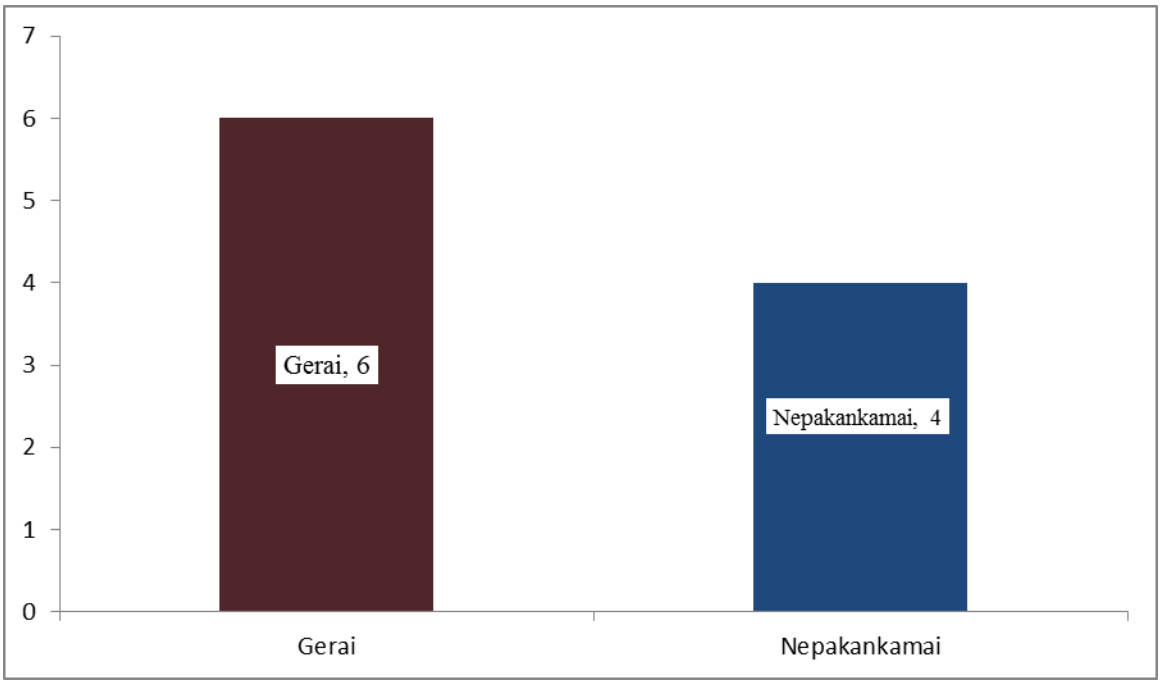
13 pav. Konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų



Sekantis klausimas yra susietas su privataus sektoriaus valdymo metodų principu. Ekspertam užduotas klausimas – **kaip vertinate savo vadybinį pasirengimą? Ar Jūs ir Jūsų kolegos dalyvauja vadybos žinių tobulinimo renginiuose?** Visi respondentai turi aukštąjį išsilavinimą. Tačiau apie tai, kaip jie vertina savo pačių vadybinį išsilavinimą, gaila, bet ne visi atsakymai yra teigiami. Vieni savo žinias įvertino gerai, kiti – nepakankamai. Kaip bebūtų, save vertinti yra sunku ir vistik nelabai objektyvu. Vienas ekspertas, kuris pageidavo, kad nebūtų įvardijama jo pavardė, teigė, kad nei jo, nei

jo kolegų vadybinis pasirengimas nėra pakankamas. Kaip priežastį, ekspertas nurodė *„pačių darbuotojų iniciatyvos stoką“*. Ekspertų savęs vertinimas pateiktas 14 paveiksle. (žr. 14 pav.).

14 pav. Asmeninis vadybinio pasirengimo vertinimas



Paskutinis bloko klausimas – **ar dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos politika skatina teikiamų paslaugų rezultatyvumą?** Net devyni respondentai nurodė atsakymą „ne“. Vienas ekspertas nurodė, kad sveikatos politika yra orientuota į rezultatą, tik nereikia pamiršti, kad *„sveikatos priežiūroje kokybė ir rezultatyvumas yra nuolatinė siekiamybė“*. Kiti respondentai, atsakę į klausimą neigiamai, pabrėžia, kad *„jei būtų racionaliau panaudojamos lėšos, būtų didesnis suinteresuotumas rezultatais ir pan.“*.

Ketvirta klausimyno dalis yra orientuota į piliečių dalyvavimo principą. Turint omenyje, kad visuomenė yra sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, piliečių dalyvavimas priimant sprendimus yra itin svarbus. Klausimas – **ar Jūsų institucija prieš priimant sprendimus bendradarbiauja su piliečių bendruomenėmis?** Respondentai vienareikšmiškai atsakė teigiamai, piliečių interesai yra derinami su abejomis institucijomis. Sekantis klausimas – **kaip piliečių interesai yra derinami su Jūsų institucija?** Ekspertų atsakymų pasiskirstymas pateiktas 7 lentelėje. (žr. 7 lent.). Interesai yra derinami atliekant situacijos analizę, per piliečių dalyvavimą darbo grupėse, nagrinėjant prašymus, siūlymus, dalyvaujant renginiuose ir pan.

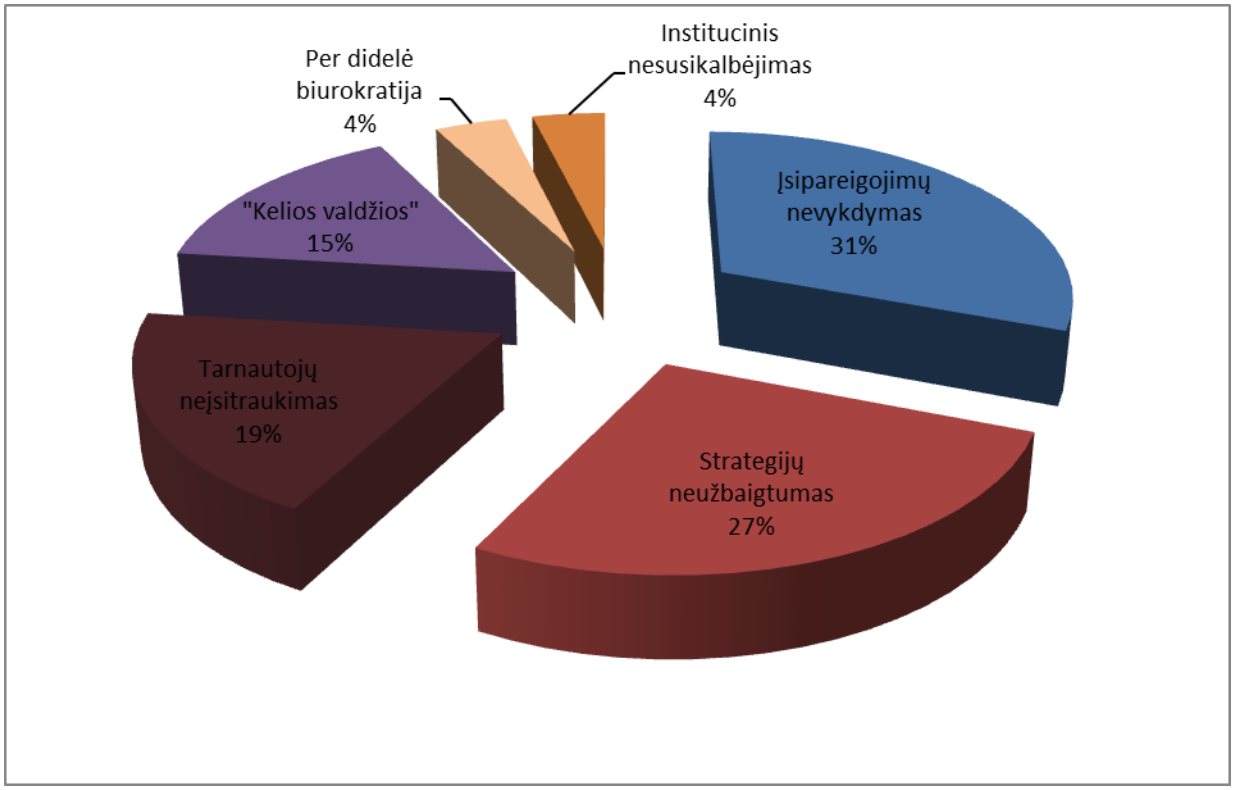
7 lentelė. Piliečių interesų derinimas

LR Seimo Sveikatos reikalų komitetas	LR Sveikatos apsaugos ministerija
○ *Seimo Sveikatos reikalų komitete svarstant įstatymų projektus, svarstomi ir piliečių pasiūlymai* ○ *Svarstant įstatymų projektus atsižvelgiama į piliečių ir įvairių organizacijų nuomones* ○ *Dažnai prašoma pacientų organizacijų nuomonės* ○ *Esant poreikiui, visuomenės atstovai kviečiami į posėdžius ar klausymus*	○ *Darbo grupėse dalyvauja pacientų organizacijų atstovai, visuomeninės organizacijos* ○ *Nagrinėjami piliečių ir nevyriausybinių organizacijų teikiami siūlymai* ○ *Pacientai ir jų atstovai dalyvauja darbo grupių veikloje, Privalomojo sveikatos draudimo taryboje, kai kurių nuolatinių SAM veikiančių komisijų sudėtyje*

Aštuntoji klausimyno dalis susijusi su teisingo socialumo principu. Klausimas - **socialinės gerovės tobulinimas pažymimas visuose pagrindiniuose šalies strateginiuose dokumentuose. Kaip Jūsų institucija tobulina socialinę gerovę?** Visi respondentai nurodė, kad švietimas apie ligų profilaktiką yra pagrindinis jų kuriamas socialinis produktas – „prevencija ligoms užkerta tolimesnį ligų probleminį kelią, dėl to vykdoma aktyvi žinių visuomenės plėtra“. Keli respondentai kompensuojamų vaistų sistemą priskyrė prie socialinės politikos. Net keturi iš dešimties respondentų atsakė, kad niekas negerina jų socialinės darbo aplinkos, kad jiems patiems trūksta poilsio, o darbo vieta yra stresinė. Tai ką kalbėti apie rūpinimąsi piliečiais?

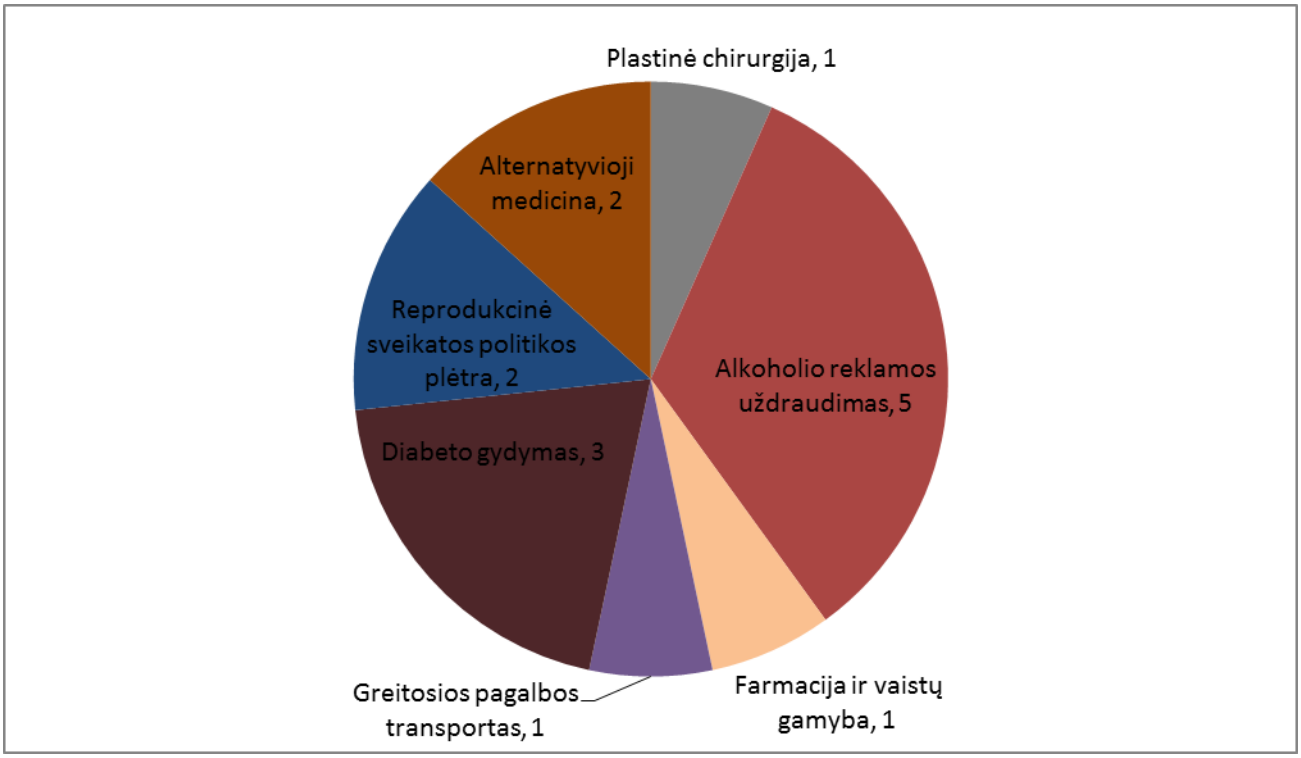
Toliau klausimyne aptariama strateginio planavimo svarba. Užduoti klausimai - **kaip manote, ar strategijos Lietuvoje yra sėkmingos? Jei ne, kodėl jos nėra veiksmingos?** Net aštuoni respondentai atsakė, kad strategijos, susijusios su sveikatos priežiūra, yra neveiksmingos. Ir nurodė tokias priežastis, kaip vykdomosios valdžios įsipareigojimų nevykdymą (8), strategijų neužbaigtumą (7), valstybės tarnautojų neįsitraukimą (5) – *„kiekvienas darbuotojas turi suvokti galutinį rezultatą ir sistemingai eiti tuo keliu, jei visos grandys neprisidės prie vykdymo, nesėkmė garantuota“*, strategijos formavimą „kelių valdžių‘ (4), nesusikalbėjimą tarp vykdomosios ir leidžiamosios valdžių (1), per didelį biurokratinį sveikatos aparatą – *„strategijos sukūrimui, interesų suderinimui reikia daug laiko, daug susirašinėjimo, daug organizavimo, nes reikia suderinti daugelio institucijų ir vadovybių interesus, tas vilkina laiką ir ilgokai užtrunka“* (1). Grafinis atsakymų išdėstymas pateiktas 15 paveiksle. (žr. 15 pav.).

15 pav. Strateginių dokumentų neveiksmingumo priežastys



Paskutiniajame klausimyno bloke nagrinėjama partnerystės ir tarpsektorinės sąveikos svarba sveikatos sektoriuje. Klausimas yra toks: **šiandieninė vadyba skatina trijų sektorių – viešojo, privataus ir nevyriausybinio aktyvų bendradarbiavimą. Ar sveikatos sektoriuje toks bendradarbiavimas vyksta? Pateikite pavyzdzių.** Visi ekspertai teigia, kad toks bendravimas vyksta ir paskutinį dešimtmetį yra labai suaktyvėjęs. Interviu metu pastebėta, kad nevyriausybinio sektoriaus ir piliečių dalyvavimo terminus respondentai tapatina. Su pavyzdžiais respondentams buvo sudėtingiau, teko ilgiau pagalvoti. Atsakymai pateikiami 16 paveiksle. (žr. 16 pav). Panagrinėjus minėtus pavyzdžius, išsiaiškinta, kad ne visuose atvejuose bendradarbiavo visi trys sektoriai.

16 pav. Tarpinstitucinės sąveikos pavyzdžiai



3.3.1 Ekspertinio tyrimo rezultatų apibendrinimas

Apibendrinant galima teigti, kad respondentai tik teoriniame lygmenyje pritaria dviejų trečdalių sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumo perdavimui savivaldybėms. Reali situacija rodo, kad sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas savivaldybėms įstaigoms suteikia per didelę autonomiją, savivaldybių pavaldume esančios sveikatos priežiūros įstaigos galimai nevykdo Vyriausybės nutarimų.

Visi respondentai pasisakė už ligoninių infrastruktūros mažinimą rajonuose. Šioje vietoje ekspertai mato kitą problemą – paslaugų neprieinamumą rajonų gyventojams, nes nėra išvystyta galimybė greitai ir paprastai pasiekti miesto ligonines pacientams. Šiuo klausimu reforma įvykdyta iš dalies, nes vykdomi reformos žingsniai turi būti subalansuoti, kad niekas neliktų nuskriausti, ypatingai sveikatos apsaugoje.

Šiai dienai steigiasi privatūs diagnostikos centrai, privatūs gydytojų kabinetai, šeimos klinikos, odontologų kabinetai, ligoninės. Kaip teigiamą padarinį matome vis gerėjančią teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tačiau privačios medicinos patirtis rodo, kad privatizavus sveikatos priežiūros įstaigas jų teikiamos paslaugos gyventojams brangsta ir nuo jų nutolsta.

Drąsiai galima teigti, kad konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų vyksta. Ar ji yra pakankama? Ekspertai teigia, kad ne. Tik aštresnė konkurencija galėtų padaryti sveikatos priežiūros paslaugas pigesnes ir labiau prieinamas visuomenei. Juk konkurencija sveikatos apsaugos sistemoje

turi būti paremta teikiamų paslaugų rezultatais ir susieta su sveikatos priežiūros paslaugas gaunančiu piliečiu.

Visi tyrime dalyvavę ekspertai turi aukštąjį išsilavinimą. Tačiau ne visi savo vadybinį pasirengimą įvertina gerai. Beveik pusė ekspertų savo ir savo kolegų vadybines žinias įvertino nepakankamai, o juk jie yra sveikatos politikos kūrėjai ir vykdytojai. Maža to, ekspertai nurodo dar vieną problemą – pačių darbuotojų iniciatyvos stoką.

Respondentų teigimu vykdoma sveikatos apsaugos politika neskatina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų rezultatyvumo, maža to, respondentai nurodo, kad Lietuvos sveikatos apsauga nuolat turi siekti rezultatyvumo, o pagrindinė nesėkmės priežastis yra neracionaliai naudojamos lėšos.

Piliečių interesai yra derinami su abejomis valdžios institucijomis – tiek su Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetu tiek su Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Interesų derinimas vyksta įvairiais būdais – nuo piliečių prašymų ir siūlymų nagrinėjimo iki bendradarbiavimo renginiuose ar darbo grupėse.

Siekiant vystyti socialinę gerovės valstybę, yra daug svarbių faktorių, tokių kaip socialinės atskirties mažinimas, užtikrintas sveikatos paslaugų prieinamumas, lygios galimybės visai visuomenei, socialinė rūpyba ir pan. Interviu dalyviai svarbiausia socialine veikla laiko ligų profilaktiką ir žinių apie tai plėtrą. Apmaudu, kad nei vienas interviu dalyvis neužsiminė apie socialinės atskirties mažinimą ar socialinės kokybės užtikrinimą, juk socialinis teisingumas yra labai svarbus sveikatos sektoriuje. Nustebino, kad vykdomosios valdžios atstovai pasisakė patys negaunantys garantuotų socialinių darbo sąlygų, nes nuolat trūksta poilsio ir darbe patiria stresą.

Akivaizdu, kad šalies formuojamos strategijos sveikatos politikos klausimais yra neveiksmingos. Galima skirti daug tokios nesėkmės priežasčių – Sveikatos apsaugos ministerijos įsipareigojimų nevykdymas; strategijų formavimo ir įgyvendinimo neužbaigtumas, nes strategijas gyvavimo procesą koordinuoja kelios valdžios: viena valdžia formuoja, kita valdžia įgyvendina, kas lemia nuolatinį interesų nesusikalbėjimą; valstybės tarnautojų neįsitraukimas, nesuprantant siekiamo galutinio rezultato ir nematant strategijos vizijos. Visos šios priežastys lemia nesusikalbėjimą rengiant strateginę sveikatos politiką.

Kalbant apie tarpsektorinę integraciją, tyrimo metu, buvo prašoma respondentų pateikti tokios partnerystės pavyzdžių. Juos išanalizavus, paaiškėjo, kad ne visi respondentai supranta, kas yra tarpsektorinė sąveika – daugelis šį terminą įvardija kaip partenrystę, naudojamą naujosios viešosios vadybos paradigmoje. Galima daryti prielaidą, kad respondentų supratimas apie šiandieninę vadybą yra menkas.

Apibendrinant visą tyrimą, darytina išvada, kad naujoji viešoji vadyba ir naujasis viešasis valdymas palietė ir Lietuvos sveikatos sistemą. Dauguma respondentų naujosios viešosios vadybos terminą puikiai žinojo ir visi apie jį turėjo bent dalinį suvokimą. Paradigmos metodai nėra palankiai

vertinami, vienintelis principas, piliečių dalyvavimas, padarė teigiamą pasistūmėjimą rezultatyvios sveikatos politikos link, įsiklausant į visuomenės poreikius. Kalbant apie naująjį viešąjį valdymą, sąvokos apibrėžimą žinojo tik keli respondentai, likusieji naująją paradigmą tapatino su naująja viešąja vadyba. Viešojo modelio diegimas sveikatos apsaugoje remiasi labai demokratiškais ir socialiais principais, tačiau jie tik iš dalies yra palietę formuojamą mūsų šalies sveikatos politiką ir yra traktuojama kaip naujovė, nors paradigma gali jau švęsti atėjusį dešimtmetį (nuo 2003/2005 m. iki dabar). Darytina dar viena išvada, kad atsilikimas nuo pasaulinių vadybinių tendencijų yra pagrindinė kliūtis ėjimo į rezultatyvų (sveikatos sektoriaus) viešąjį valdymą kelyje.

IŠVADOS

Atlikta mokslinė literatūros, dokumentų analizė ir ekspertinio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad:

1. Naujasis viešasis valdymas yra orientuotas į socialumą. Tuo jis skiriasi nuo individualistinio naujosios viešosios vadybos požiūrio. Apžvelgus Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformą, pastebėta, kad reforma, gal ir ne tiesiogiai, bet remiasi naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodais. Nors patys naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo terminai nėra plačiai paplitę tarp valdančiųjų ir pačių valstybės tarnautojų, bet tai dar neleidžia daryti prielaidos, kad valdymo modelių metodai nėra palietę sveikatos apsaugos sektoriaus.
2. Decentralizuojant sveikatos priežiūros įstaigas, du trečdaliai įstaigų tapo pavaldžios savivaldybėms. Teoriniame lygmenyje, toks žingsnis paskatino, kad pirminė sveikatos priežiūra būtų arčiau piliečio. Reali situacija rodo, kad pavaldumas savivaldybėms sveikatos priežiūros įstaigoms suteikia per didelę autonomiją, kadangi savivaldybės stokoja kompetetingų specialistų sveikatos vadybos klausimais. Ligoninės administracija dažnai nurungia savivaldybės valdybą, kai tvarkomi vietinės reikšmės klausimai.
3. Akivaizdu, kad būtina buvo deinstitucionalizuoti ligoninių tinklą, nes jis buvo per daug išsiplėtęs. Pasirinkta mažinimo sritis – rajoninės ligoninės. Kaip pasekmę galime matyti paslaugų neprieinamumą rajonų gyventojams, o tai kertasi su pacientų laisvo pasirinkimo ir teisingumo principu.
4. Tik profesionalias vadybos žinias turintis vadovas gali įgyvendinti privataus sektoriaus principus sveikatos apsaugoje, kad galėtų kompetetingai ugdyti personalą ir optimaliai valdyti išteklius. Ekspertinio tyrimo metu paaiškėjo, kad sveikatos politikos rengėjų ir vykdytojų vadybinės žinios yra nepakankamos.
5. Suvokiant socialinio teisingumo svarbą sveikatos apsaugoje, labai svarbu, kad valdymas vyktų ne tik „iš viršaus į apačią“, bet ir „iš apačios į viršų“, todėl išskirtinis dėmesys tenka pacientų kuriamoms organizacijoms ir jų įtraukimui į dalyvavimą. Socialinės atskirties mažinimas ir socialinės paramos svarba tampa vis dažnesniu diskusijų objektu, dėl to teoriniai metodai sparčiu tempu perkeliami į sveikatos sektoriaus praktiką.
6. Valstybinio ir savivaldos lygmens institucijų strateginis sveikatos politikos planavimas yra labai svarbus, norint panaudoti strateginio potencialo galimybes. Čia svarbiu faktoriumi tampa

ir modernių vadybinių žinių taikymas sveikatos apsaugos mechanizme, kuris šiandien yra neefektyvus.

7. Ilgamečių strategijų neužbaigtumas ir valdžių interesų nesuderinamumas tik klampina neefektyvų sveikatos sektorių. Sveikatos apsaugos ministerija nėra pajėgi įgyvendinti užsibrėžtas strategijas. Kad strategijos veiktų veiksmingai, visos valdymo mechanizmo sudedamosios dalys turi sistemingai būti orientuotos į rezultatą ir veikti kaip viena visuma.
8. Daugėja alternatyvias sveikatos paslaugas teikiančių privačių medicinos centrų, socialines paslaugas ir paramą teikiančių nevyriausybinių organizacijų, kas rodo trijų sektorių susivienijimo svarbą. Šiandien turime tik keletos pavyzdžių tarpsektorinės sąveikos praktinio taikymo šalies sveikatos apsaugoje, o tai rodo atsilikimą nuo pasaulinių vadybinių tendencijų.
9. Naujosios viešosios vadybos diegimas sveikatos sektoriuje kertasi su demokratijos ir sveikatos politikos principais – individo pasirinkimo laisve, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, priimtinumu, tinkamumu, laisvu pasirinkimu. Yra sričių, kur naujosios viešosios vadybos metodai – decentralizacija, privatizacija, rinkos mechanizmo diegimas ir privataus sektoriaus metodų diegimas, piliečių dalyvavimas – veikia gerai, tačiau sveikatos apsaugos sistemoje šie metodai turi neigiamą atspalvį ir formuojama sveikatos politika negali jais remtis.
10. Naujasis viešasis valdymas yra ideologinė paradigma, turinti mažai konkrečių taikomų metodų, tačiau daug idealiųjų principų, kurie ir siekia užtikrinti sveikatos sektoriaus valdymo teisingumą. Ši naujausia valdymo paradigma yra labai aktuali Lietuvai, nes čia yra per mažai socialinio teisingumo ir pasitikėjimo, o vykdomos sveikatos reformos turi per daug informacijos asimetrijos.

SIŪLYMAI

Pateiktos išvados suteikia galimybę formuluoti pasiūlymus, kurie galėtų įtakoti sveikatos apsaugos valdymo kokybę, diegiant naujojo viešojo valdymo principus.

LR Savivaldybių sveikatos skyriui:

1. Savivaldybės iniciatyva plėsti transporto infrastruktūra, kad sergantys piliečiai galėtų pasiekti miesto ligonines lengviau.
2. Savivaldybėms stebėti, kontroliuoti ir būti atsakingiems už sveikatos priežiūros tinklo privatizacijos procesą.
3. Savivaldybių administracija turi pasirūpinti kompetetingų sveikatos vadybos specialistų plėtra savo institucijoje, o Sveikatos apsaugos ministerija turi organizuoti darbuotojams vadybos žinių tobulinimo mokymus visuose sveikatos apsaugos valdymo lygiuose.

LR Seimo sveikatos reikalų komitetui:

4. Vyriausybėje arba Seime sudaryti nacionalinę nevyriausybinių organizacijų tarybą, kurią sudarytų deleguotų asociacijų atstovai ir taip būtų užtikrintas aiškaus atstovaujančio organo buvimas.
5. Plėtojant tarpsektorinės sąveikos metodą, būtina parengti bendradarbiavimo plėtros programą, apibrėžiant kiekvieno sektoriaus atsakomybę.

LR Sveikatos apsaugos ministerijai:

6. Sveikatos apsauga – probleminė sritis. Kad problemos būtų sprendžiamos, reikia aiškios sveikatos politikos krypties ir atskaitomybės. Leidžiamoji valdžia turi sukurti griežtą ir aiškią teisinę bazę, kur apibrėžtų sveikatos apsaugos politikos rengėjų ir vykdytojų atsakomybę, vykdant sveikatos apsaugos reformą.
7. Siekti, kad informacija apie sveikatos apsaugą būtų teikiama viešai, skaidriai ir plačiai visai visuomenei, nes šiuo metu yra stipri informacijos asimetrija.
8. Sveikatos apsaugos ministerijai stebėti, kaip savivaldybės vykdo vieno ar kito metodo diegimą ir kaip tai veikia visuomenės sveikatos būklę, analizuoti pakitimus, juos vertinti ir kontroliuoti.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. **2014-2020 m. ES struktūrinės paramos veiksmų programos projektas.** http://www.vlmedicina.lt/2013/09/pristatytas-2014-2020-m-es-strukturines-paramos-veiksmu-programos-projektas/, [žiūrėta 2013-10-15].
2. **Babravičius J., Dzemyda I.** Naujosios viešosios vadybos elementai ir „studijų krepšelio“ modelio diegimas Lietuvoje // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2012, Nr. 2. – 260-271 p. - ISSN 1648-2603.
3. **Babravičius J., Dzemyda I.** Naujosios viešosios vadybos elementai: teorinis požiūris // Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos. – Vilnius: Mykolo Romerios universitetas, 2012, Nr. 25. – 52-62 p. – ISSN 1648-9098. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2012~ISSN_1648-9098.N_1_25.PG_52-62/DS.002.0.01.ARTIC, [žiūrėta 2013-10-19].
4. **Bačkūnaitė E.** Fiskalinė decentralizacija „Naujojoje viešojoje vadyboje“ // Naujoji viešoji vadyba: mokomoji knyga. – Kaunas: leidykla „Technologija“, 2007. – 301-319 p. – ISBN 978-9955-25-259-7.
5. **Barcevičius E.** Viešasis valdymas ir informacinės technologijos. Naujo institucinio modelio link? // Politologija. – Vilnius: Vilniaus universiteto Tarptautinių santykių ir politikos mokslų institutas, 2008, Nr. 49. – 85-120 p. – ISSN 1392–1681.
6. **Bevir M.** Democratic governance. – United Kingdom: Princeton University Press, 2010. – ISBN 978-0-691-14538-9.
7. **Bitinas B. ir kt.** Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. – Socialinių mokslų kolegija, Klaipėda, 2008. – 303 p. – ISBN 978-9986-31-267-3.
8. **Buivydas R.** Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje // Lietuvos sveikatos sistema. – Vilnius: UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, 2010. – 143-207 p. – ISBN 978-9955-562-75-7.
9. **Buivydas R.** Sveikatos sistemos pertvarka kelia abejonių. http://sec.lt/lt/content/sveikatos-sistemos-pertvarka-kelia-abejoni%C5%B3-0, [žiūrėta 2013-10-16].
10. **Buškevičiūtė J., Raipa A.** Sprendimai šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijoje // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2011, Nr. 1. – 17-26 p. – ISSN 1648–2603.

11. **Civinskas R.** Pilietis kaip klientas „Naujojoje viešojoje vadyboje“ // Naujoji viešoji vadyba: mokomoji knyga. – Kaunas: leidykla „Technologija“, 2007. – 212-228 p. – ISBN 978-9955-25-259-7.
12. **Černiauskas G. ir kt.** Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir sveikatos draudimas // Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998. – 1-69 p. – ISBN 9986–806–02–X. – URL: http://www.sec.lt/docs/pubs/bookgvg.pdf [žiūrėta 2013-10-15].
13. **Denhardt R. B.** Viešųjų organizacijų teorijos. - Vilnius: leidykla „Algarvė“, 2001. – 303 p. – ISBN 9986-856-68-X.
14. **Domarkas V.** Naujieji viešojo administravimo raidos akcentai // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2004, Nr. 7. – 7-15 p. – ISSN 1648-260. – URL: http://internet.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/vpa/z7/1648-2603-2006-nr7-7.pdf, [žiūrėta 2013-10-03].
15. **Domarkas V.** Naujųjų viešojo administravimo raidos tendencijų kritinė analizė // Naujoji viešoji vadyba: mokomoji knyga. – Kaunas: leidykla „Technologija“, 2007. - 6-24 p. – ISBN 978-9955-25-259-7.
16. **Domarkas V.** Tarptautinių organizacijų vaidmuo elektroninės valdžios lygmens vertinimo ir vystymo koordinavimo procesuose // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2010, Nr. 33. – 23-34 p. – ISSN 2029-2872.
17. **Domarkas V.** Viešojo administravimo paradigmos kaitos atspindžiai dešimtmečio pabaigos publikacijose // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2011, Nr. 1. – 9-16 p. – ISSN 1648–2603.
18. **Domarkas V., Masionytė R.** Viešojo administravimo modernizavimo galimybės globalizacijos sąlygomis // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2005, Nr. 11. – 16-25 p. – ISSN 1648-2603. – URL: http://internet.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/vpa/z11/1648-2603-2006-nr11-16.pdf, [žiūrėta 2013-10-03]
19. **Droseikienė A.** Lietuvos poreikių analizės ataskaita. – Vilnius: Lietuvos išsėtinės sklerozės sąjunga; Hipocrates, 2007. – 1-9 p. – 2007-3112/001-001 – LE3-MULPRO.
20. **Europos bendrijų komisija.** Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris: Baltoji knyga. – Briuselis: 2007. – 1-11 p. – SEK(2007) 1374; 1375; 1376.
21. **Gylys P.** Privatizavimas sužlugdytų sveikatos apsaugą. http://www.delfi.lt/news/daily/Health/pgylys-privatizavimas-suzlugdytu-sveikatos-apsauga.d?id=11117382, [žiūrėta 2013-10-17].

22. **Grybauskaitė D.** Geresnes sveikatos paslaugas žmonėms užtikrins konkurencija. http://www.15min.lt/naujiena/aktualu/lietuva/geresnes-sveikatos-paslaugas-zmonems-uztikrins-konkurencija-56-120106#axzz1sJM6oH78, [žiūrėta 2013-10-17].
23. **Gudelis D., Patapas A.** Naujoji viešoji vadyba // Viešasis valdymas: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2010. – 123-136 p. – ISBN 978-9955-19-185-8.
24. **Guogis A.** Apie naujosios viešosios vadybos pliusus ir minusus. http://www.balsas.lt/naujiena/216625/arvydas-guogis-apie-naujosios-viesosios-vadybos-pliusus-ir-minusus/1, [žiūrėta 2013-10-15].
25. **Guogis A.** Kodėl būtina siekti naujojo viešojo valdymo? (II). http://www.bernardinai.lt/straipsnis/2009-10-15-arvydas-guogis-kodel-butina-siekti-naujojo-viesojo-valdymo-ii/33638, [žiūrėta 2013-10-15].
26. **Guogis A.** Naujosios viešosios vadybos įgyvendinimo Šveicarijoje aspektai // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, Nr. 20. – 57-57 p. – ISSN 1648-2603. http://www.balsas.lt/naujiena/216625/arvydas-guogis-apie-naujosios-viesosios-vadybos-pliusus-ir-minusus, [žiūrėta 2013-10-17].
27. **Ingraham P. W., Lynn L. E.** The art of governance: analyzing management and administration. – Washington: Georgetown University Press, 2004. – ISBN 1-58901-034-5.
28. **Jankauskienė D.** Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje // Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. – Vilnius: UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, 2010. – 104-142 p. – ISBN 978-9955-562-75-7.
29. **Jankauskienė D., Pečiūra R.** Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2007. – 293 p. – ISBN 978-9955-19-073-8.
30. **Janušonis V.** Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. – Klaipėda: Klaipėdos rytas, 2000. - 4 p. – ISBN 9986-499-86-0.
31. **Kardelis K.** Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: vadovėlis. – Leidykla „Lucilijus“, Šiauliai, 2005. – 398 p. – ISBN 9955-655-35-6.
32. **Kotler P., Lee N.** Best of Breed, When it comes to gaining a market edge while supporting a social cause, ‘corporate social marketing’ leads the pack // Stanford Social Innovation Review. – Stanford: Leland Stanford Jr. University, 2004. – 14-23 p. – URL: http://www.marketing.pamplin.vt.edu/facultyFolder/julieOzanne/01socialwebsite/pdffilesdoc/Kotler%20and%20Lee%20Best%20of%20Breed.pdf, [žiūrėta 2013-10-25].
33. **Kumpienė J., Sužiedelytė O.** Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje // Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas. – Vilnius: UAB „Sveikatos ekonomikos centras“, 2010. – 208-247 p. – ISBN 978-9955-562-75-7.

34. **Lazutka R**. Rinkos nesėkmės sveikatos apsaugoje. Ką turime Lietuvoje: medicina. http://www.lprofsajungos.lt/?lang=lt&mID=3&id=75, [žiūrėta 2013-10-17].
35. **Lietuvos nacionalinė darnaus vystymosi strategija**, Valstybės žinios, 2003-09-19, Nr. 89-4029, 2003 m. rugsėjo 11 d. Nr. 1160 nutarimas.
36. **Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategija**, Valstybės žinios 2005 Nr. 40-1290, 2005, 2001 m. liepos 27 d. Nr. 941.
37. **Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“**, 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430, Valstybės žinios Nr. 73-3498.
38. **Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas** „Dėl bendrosios praktikos gydytojų kvalifikacijos įgijimo tvarkos“, Valstybės žinios, 1995 m. lapkričio 24 d., Nr. 96 - 2164.
39. **Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos pranešimas** „Galimi sveikatos sektoriaus prioritetai 2014 – 2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu“. http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/ES_paramos_ateitis/20110617_SAM_pranesimas.pdf, [žiūrėta 2013-10-17].
40. **Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos pranešimas** „Pasaulio banko dėmesys – viešojo ir privataus sektorių partnerystei Lietuvos sveikatos sistemoje. http://sena.sam.lt/lt/main/news?id=3605, [žiūrėta 2013-10-29].
41. **Lietuvos Respublikos Sveikatos įstaigų įstatymas**, Valstybės žinios Nr. 63-1231, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, aktuali redakcija nuo 2011.12.15.
42. **Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas**, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, 69 straipsnis, 1 dalis, Valstybės žinios Nr.112-3099.
43. **Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas** Nr. 335, Valstybės žinios Nr. 28-1147, 2003 m. kovo 18d., baigiamosios nuostatos 30 dalis.
44. **Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa**, Valstybės žinios, 2008 m. gruodžio 9 d. nr. XI-52, 2012 m. gruodžio 13 d. Nr. XII-51 nutarimas.
45. **Luobikienė I.** Sociologinių tyrimų metodika: mokomoji knyga. – Kauno technologijos universitetas, leidykla „Technologija“, 2006. – 121 p. – ISBN 9955-25-122-0.
46. **Matulas A.** Sveikatos apsaugą Lietuvoje labiausiai vertina emigrantai. http://www.tsajunga.lt/index.php/antanas_matulas_sveikatos_apsauga_lietuvoje_labiausiai_vertina_emigrantai/9077, [žiūrėta 2013-10-17].
47. **McQuaid R.** W. Theory of Organization Partnership: Partnership Advantages, Disadvantages and Success Factors // The New public governance? – Emerging Perspectives on the Theory and

Practise of Public Governance. – London: „Routledge“, 2010, Eds. Osborne S.P. – 127-148 p. – ISBN 0-203-86168-X.

48. **Nacionalinė nevyriausybinių organizacijų koalicija siekia glaudaus bendradarbiavimo su valdžios institucijomis.** http://www.pagalba.org/lt/platformos_naujienos/nacionaline_nevyriausybiniu_organizaciju_nvo_koalicija_siekia_glaudaus_bendradarbiavimo_su_valdzios_institucijomis, [žiūrėta 2013-10-16].
49. **Nacionalinės nevyriausybinių organizacijų tarybos sukūrimo studija** // Nevyriausybinių organizacijų informacijos ir paramos centras. – Vilnius, 2009. – URL: http://www.3sektorius.lt/docs/NVO_taryba_studija_2013-03-20_15:28:59.pdf, [žiūrėta 2013-10-16].
50. **Nakrošis V.** Viešojo valdymo reformos Lietuvoje: kodėl ir kuo reikia pakeisti Naująją viešąją vadybą? // Politologija. – Vilnius: Vilniaus universiteto Tarptautinių santykių ir politikos mokslų institutas, 2011, Nr. 1 (61). – 65-98 p. – ISSN 1392–1681. – URL: http://www.leidykla.eu/fileadmin/Politologija/61/65-98.pdf, [žiūrėta 2013-10-02].
51. **Nevyriausybinių organizacijų plėtros koncepcija,** Valstybės žinios, 2010-01-30, Nr.: 12-566, 2010 m. sausio 20 d. Nr. 85 nutarimas.
52. **Osborne S. P.** The (New) Public Governance: a Suitable Case for Treatment? // The New public governance? – Emerging Perspectives on the Theory and Practise of Public Governance. – London: „Routledge“, 2010, Eds. Osborne S.P. – 1-16 p. – ISBN 0-203-86168-X. – URL: http://www.google.lt/books?id=CgM_9JT2uKcC&lpg=PP1&ots=JyqEEYBJAE&dq=new%20public%20governance&lr&hl=lt&pg=PR4#v=onepage&q=new%20public%20governance&f=false, [žiūrėta 2013-10-26].
53. **Petrauskienė R., Raipa A.** Viešojo valdymo efektyvumo elementai // A. Raipa ir kiti Modernusis viešasis valdymas: kolektyvinė monografija, red. A. Raipa – Kaunas: UAB „Vitae Litera“, 2012. – 118-144 p. – ISBN 978-609-454-050-9.
54. **Petukienė E., Tijūnaitienė R.** Visuomenės dalyvavimas šiuolaikiniame viešajame valdyme // Naujoji viešoji vadyba: mokomoji knyga. – Kaunas: leidykla „Technologija“, 2007. – 229-244 p. – ISBN 978-9955-25-259-7.
55. **Pivoras S., Visockytė E.** Viešojo valdymo koncepcijos ir jų taikymas tiriant valstybės tarnybos reformas // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 2011, Nr 1. – 27-40 p. – ISSN 1648–2603.
56. **Pollitt C., Bouckaert G.** Viešojo valdymo reforma: lyginamoji analizė. – Vilnius: leidykla „Algarvė“, 2003. – 359 p. – ISBN 9789986856849.

57. **Puškorius S.** 3E koncepcijos plėtra // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2002, Nr. 3. – 31-38 p. – ISSN 1648-2603.
58. **Puškorius S.** Viešasis administravimas kuriant informacinę (pilietinę) visuomenę (vadybinis aspektas): mokomasis leidinys parengtas pagal Tempus Phare projektą „valstybės pareigūnų rengimas teisinės sistemos reformai Lietuvoje“. – Vilnius: Lietuvos teisės akademijos Leidybos centras, 2000. – 111 p. – ISBN 9986-518-99-7.
59. **Raipa A.** „Naujoji viešoji vadyba“ efektyvumo metodologijoje // Naujoji viešoji vadyba: mokomoji knyga. – Ats. red. A. Raipa. – Kaunas: leidykla „Technologija, 2007. – 25-38 p. – ISBN 978-9955-25-259-7.
60. **Raipa A.** Naujojo viešojo valdymo dekompozicijos analizė // A. Raipa ir kiti Modernusis viešasis valdymas: kolektyvinė monografija, red. A. Raipa. – Kaunas: UAB „Vitae Litera“, 2012. – 245-262 p. – ISBN 978-609-454-050-9.
61. **Raipa A.** Naujojo viešojo valdymo indikatorių diagnozavimo galimybės // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2011, Nr. 2. – 167-182 p. - ISSN 1648-2603.
62. **Raipa A.** Socialiniai pokyčiai ir modernus viešasis administravimas // Filosofija, Sociologija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2001, Nr. 2. – 54-62 p. – ISSN 0235-7186. – URL: http://www.ebiblioteka.lt/resursai/LMA/Filosofija/F-54.pdf, [žiūrėta 2013-10-25].
63. **Raipa A.** Šiuolakinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2009, Nr. 30. – 22-32 p. – ISSN 2029-2872.
64. **Smalskys V., Skietrys E.** Viešojo valdymo modernizavimo aspektai ir įgyvendinimo problemos // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2008, Nr. 24. – 60-66 p. – ISSN 1648-2603. – URL: http://archive.minfolit.lt/arch/17501/17675.pdf, [žiūrėta 2013-10-03].
65. **Smilga E., Janušonienė K.** Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. – Vilnius, 2007, Nr. 44. – 125-140 p. – ISSN 1392-1142. – URL: http://archive.minfolit.lt/arch/17001/17052.pdf, [žiūrėta 2013-10-17].
66. **Smilga E., Janušonienė K.** Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. – Lietuvos ekonomikos institutas. – Tiltai, 2005, Nr. 1. – 45-52 p.
67. **Staponkienė J.** NVV elementų identifikavimas // Viešoji politika ir administravimas. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2005, Nr. 13. – 83-91 p. – ISNN 1648-2603. – URL: http://internet.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/vpa/z13/1648-2603-2006-nr13-83.pdf, [žiūrėta 2013-10-04]

68. **Šaparnienė J.** Sveikatos reforma pareikalavo gyvybės. http://www.sveikatossodas.lt/index.php?lang=1&sid=288&tid=1852, [žiūrėta 2013-10-16].
69. **Šutavičienė Ž.** Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės poreikis ir galimybės Lietuvoje // Socialinių mokslų studijos. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011, Nr. 3 (3). – 789-815 p. – ISSN 2029-2244.
70. **Thom N., Ritz A.** Viešoji vadyba. Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys: monografija. – Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2004. – 335 p. – ISBN 9955-563-63-X.
71. **Tumėnas A.** Naujoji viešoji vadyba ir jos mitai // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008, Nr. 25. – 39-50 p. – ISSN 1648-2603.
72. **Tunčikienė Ž., Skačkauskienė I.** Viešojo sektoriaus institucijų strateginio planavimo būklė ir jos gerinimo prielaidos // Socialinių mokslų studijos. – Vilnius: Vilniaus Gedimino technikos universitetas, 2012, Nr. 4(1). – 97-110 p. – ISSN 2029–2244.
73. **Valackienė A.** Sociologinis tyrimas: vadovėlis. – Kauno technologijos universitetas, 2004. – 147 p. – ISBN 9955-09-763-9.
74. **Vienažindienė M., Sakalas A.** Naujoji viešoji vadyba ir žmogiškųjų išteklių vadybos kaitos. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2008, Nr. 1 (12). – 175-183 p. – ISSN 1822-6760. – URL: http://www.lzuu.lt/vadyb/en/21563.pdf, [žiūrėta 2013-10-02].

Galvanauskaitė D. Naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo diegimo galimybė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje / Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas Prof. dr. A. Raipa. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 71 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išnagrinėti naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodai – decentralizacija, privatizacija, rinkos mechanizmo formavimas ir privataus sektoriaus principai, piliečių dalyvavimas, socialinis teisingumas, strateginis planavimas, partnerystė ir tarpsektorinė sąveika – ir jų diegimas Lietuvos sveikatos apsaugoje.

Pirmoje darbo dalyje nagrinėjama naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo koncepcijos, jų minėtieji metodai. Antroje dalyje – analizuojama Lietuvos sveikatos sistemos samprata bei šalyje vykdoma sveikatos apsaugos reforma, nagrinėjama naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo elementų įtaka Lietuvos sveikatos apsaugai. Trečioje baigiamojo darbo dalyje analizuojami kokybinio tyrimo rezultatai ir naujosios viešosios vadybos bei naujojo viešojo valdymo diegimo galimybės Lietuvos sveikatos sektoriuje.

Pagrindiniai žodžiai: naujoji viešoji vadyba, naujasis viešasis valdymas, Lietuvos sveikatos apsaugos politika

Galvanauskaitė D. New public management and new public governance deployment opportunities in Lithuanian health care system / Master's final thesis of public administration. Supervisor Prof. dr. A. Raipa. – Vilnius: Faculty of politics and management, Mykolas Romeris University, 2013. – 71 p.

ANNOTATION

Master's final thesis is about to examine methods of new public management and new public governance – decentralization, privatization, market mechanism formation and private sector principles, citizens' participation, social justice, strategic planning, partnership and intersectoral interaction – and their implementation in the Lithuanian health care system.

The first part deals with the concept of new public management, new public governance and the above mentioned paradigms methods. The second part - the Lithuanian health care system and the reform is analyzed in the aspect of management, new public management and new public governance elements are also analyzed in case how it can impact Lithuanian health care. The third part deals with the investigation results and the installation options of new public management and new public governance in Lithuanian health care.

Key words: new public management, new public governance, Lithuanian health care policy

Galvanauskaitė D. Naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo diegimo galimybė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje / Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas Prof. dr. A. Raipa. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 71 p.

SANTRAUKA

Temos aktualumą patvirtina tai, kad visa visuomenė yra sveikatos paslaugų gavėjai. Ir būtent visuomenės nariai yra labiausiai suinteresuoti, kad vykdoma sveikatos reforma būtų skaidri ir efektyvi. Nagrinėjant vykdomą sveikatos reformą, pastebimas naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodų taikymas. Būtina išanalizuoti, kiek toks elementų diegimas galimas sveikatos sektoriuje ir ar jis yra tikslingas.

Naujumas – tema mokslinėje literatūroje nėra išsamiai išnagrinėta. Problema – šiame darbe siekiama išanalizuoti naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo elementų tikslingumą sveikatos apsaugoje, tai yra atsakyti į klausimą apie naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo elementų diegimo galimumą ar negalimumą. Objektas – Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos valdymo mechanizmas. Tikslas – išanalizuoti, kaip naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo metodai veikia Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą. Uždaviniai – sistemiškai išanalizuoti mokslinę literatūrą, kurioje rašoma apie naująją viešąją vadybą ir naująjį viešąjį valdymą, identifikuoti naujosios viešosios vadybos elementus ir disjunkcijas, išanalizuoti naujojo viešojo valdymo elementų struktūrą, sistemiškai išanalizuoti Lietuvos teisės aktus, mokslinę literatūrą ir spaudą, kur reglamentuojama, rašoma apie Lietuvos sveikatos sistemos valdymą, išanalizuoti naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo įtaką Lietuvos sveikatos apsaugai. Aptarti gautus rezultatus ir pateikti išvadas. Naudojami metodai – mokslinės ir publicistinės literatūros, įstatymų ir kitų teisės aktų, Lietuvos sveikatos apsaugos reformos analizė, ekspertinis interviu, lyginamoji ir diskriptyvinė analizė.

Nustatyta, kad naujosios viešosios vadybos diegimas sveikatos sektoriuje kertasi su demokratijos ir sveikatos politikos principais – individo pasirinkimo laisve, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, priimtinumu, tinkamumu, laisvu pasirinkimu, o naujasis viešasis valdymas tik iš dalies palietė šalies sveikatos sektorių.

Baigiamąjį darbą sudaro: lentelių sąrašas, paveikslų sąrašas, įvadas, teorinė darbo dalis, praktinė (tiriamoji) darbo dalis, išvados, siūlymai, literatūros sąrašas ir priedai.

Galvanauskaitė D. New public management and new public governance deployment opportunities in Lithuanian health care system / Master's final thesis of public administration. Supervisor Prof. dr. A. Raipa. – Vilnius: Faculty of politics and management, Mykolas Romeris University, 2013. – 71 p.

SUMMARY

Relevance of the topic is the fact that society is a health service users. And the citizens are most concerned that the health care reform must be effective. Analysing the health care reform, there has been noticed methods of new public management and new public governance. It is necessary to analyze how paradigms methods can impact the health care sector in general.

Novelty - the theme in the scientific literature is not discussed in details. The problem is to analyze the new public management and new public governance elements and to find the answer to the question about the suitability of those elements in health care sector. Object - the Lithuanian health care system. Purpose - to analyze how the new public management and new public governance techniques are suitable for the Lithuanian health care system. Tasks - to analyze the scientific literature, which deals with the new public management and new public governance paradigms, work out with Lithuanian legal acts, which regulate the health system reform and management, to analyze scientific literature and the press, to discuss the results and provide conclusions. Methods - scientific and publicist literary analysis, the Lithuanian health care reform analysis, laws and other legal acts of Lithuania analysis, interviews, and comparative analysis.

It was found that new public management intersects with democracy and health policy principles - individual freedom of choice, health care accessibility, appropriateness, free choice and new public governance and the new public management only partly touched national health sector.

The final work has three chapters: first is about new public management transforms to new public governance, second is about evolution in public governance and reform in Lithuania‘s health care system.

The final work consists of: the list of tables, tha list of charts, introduction, theoretical part, practical (research) part, conclusions, recommendations, references and appendices.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1. Klausimynas

Kokybinis tyrimas

„Naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo diegimo galimybės Lietuvos sveikatos apsaugoje“

Naujoji viešoji vadyba – tai plati sąvoka, apimanti viešojo sektoriaus reformą, siekiant jį modernizuoti, kai privataus sektoriaus vadybinė patirtis yra perkeliama į viešąjį sektorių. Galima išskirti šiuos pagrindinius principus – orientacija į rezultatus, į klientų pasitenkinimą, valdymo decentralizacija, konkurencija, optimalus išteklių valdymas, paslaugų kokybė, bendradarbiavimas su privačiu sektoriumi.

Naujasis viešasis valdymas siekia išplėtoti partnerystės principą ir tarpsektorinę integraciją, tokia forma leidžia daug plačiau į partnerystės tinklą įtraukti piliečius, jų grupes ir nevyriausybinį sektorių, paskirsto socialinę atsakomybę ir taiko griežtesnę kontrolę. Išskiriami tokie pagrindiniai naujojo viešojo valdymo elementai – tarpsektorinė integracija, aktyvus piliečių dalyvavimas, socialinis teisingumas ir strateginis planavimas.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti, kaip naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo principai veikia Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą

Klausimai užduodami remiantis 7 naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo principais:

1. Decentralizacija
2. Privatizacija
3. Rinkos mechanizmo principų diegimas ir privataus sektoriaus valdymo metodai
4. Aktyvus piliečių dalyvavimas
5. Socialinis teisingumas
6. Strateginis planavimas per programas ir projektus
7. Tarpinstitucinė sąveika ir partnerystė

KLAUSIMAI:

Decentralizacija

1) Kaip vertinate tokį žingsnį, kuomet buvo siekiama decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigas ir du trečdaliai įstaigų tapo pavaldžios savivaldybėms?

.....

.....

2) Vykstant sveikatos priežiūros restruktūrizacijai, 2003 metais pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo mažinimas. Ar pritariate ligoninių uždarymui rajonuose?

.....

.....

Privatizacija

3) Kaip vertinate atsiradusią privačią medicinos praktiką? Šiai dienai žinoma, kad apie 90 procentų šalies gyventojų naudojasi privačių odontologų paslaugomis. *(Remiamasi Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komiteto pirmininko A. Matulo pateikta statistika).* Kaip tai vertinate?

.....

.....

Rinkos mechanizmo principų diegimas ir privataus sektoriaus valdymo metodai

4) Jūsų nuomone, ar vyksta Lietuvoje konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų?

.....

.....

5) Kaip vertinate savo vadybinį pasirengimą? Ar Jūs ir Jūsų kolegos dalyvauja vadybos žinių tobulinimo renginiuose?

.....

.....

6) Jūsų nuomone, ar dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos politika skatina teikiamų paslaugų rezultatyvumą?

.....

.....

Piliečių dalyvavimas

7) Visuomenė – sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas, dėl to piliečių dalyvavimas priimant sprendimus yra itin svarbus. Ar Jūsų institucija prieš priimant sprendimus bendradarbiauja su piliečių bendruomenėmis?

.....

.....

Socialinis teisingumas

8) Naujasis viešasis valdymas siekia sukurti socialinės gerovės valstybę, o norint užtikrinti socialinį teisingumą daugiausiai pastangų reikia dėti kovojant su skurdu ir socialine atskirtimi. Socialinės gerovės tobulinimas pažymimas visuose pagrindiniuose šalies strateginiuose dokumentuose. Kaip Jūsų institucija tobulina socialinę gerovę?

.....

.....

Strateginis planavimas

9) Veiksmingas strateginis planavimas yra ne tik strategijos parengimas, bet ir sėkmingas jos įgyvendinimas. Šalies sveikatos sistema turi pakankamai daug strateginių dokumentų. Kaip manote, ar strategijos Lietuvoje yra sėkmingos? Jei ne, kodėl jos nėra veiksmingos?

.....

.....

Partnerystė ir institucinė sąveika

10) Šiandieninė vadyba skatina trijų sektorių – viešojo, privataus ir nevyriausybinio aktyvų bendradarbiavimą. Ar sveikatos sektoriuje toks bendradarbiavimas vyksta? Pateikite pavyzdžių.

.....

.....

Priedas Nr. 2. SAM struktūra

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2011 m. spalio 27 d. įsakymu Nr. K-140
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2011 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. K-147 redakcija)

