

## SVEIKATOS POLITIKOS RAIDA IR TENDENCIJOS

Danguolė Jankauskienė

### Sveikatos politikos kūrimo raida

Palyginti su kitomis valstybėmis, sveikatos politikos kūrimas Lietuvoje pasižymi savitu istorijos keliu. Lietuvos ir Europos valstybių sveikatos sistemų organizavimas ganėtinai skiriasi, tačiau bendrieji principai: teisingumas, priinamumas, priimtinumai, solidarumas, tęstinumas, visapusiškumas, būdingi sveikatos politikai, išlieka tie patys<sup>326</sup>. Keičiantis Lietuvos politinei sistemai buvo būtina pertvarkyti ir sveikatos sistemą šalyje.

Po Nepriklausomybės paskelbimo 1991 metų rudenį atlikti sociologiniai tyrimai rodė, kad tik 7 proc. apklaustųjų buvo patenkinti sveikatos politika ir sveikatos priežiūros įstaigų darbu, o 80 proc. pageidavo, kad sveikatos apsauga būtų reformuojama<sup>327</sup>. Deja, platesnė visuomenės diskusija dėl sveikatos reformos prasidėjo tik 1993–1994 m. su Sveikatos apsaugos reformų biuro, kaip Jungtinių Tautų vystymosi programos projekto, atsiradimu<sup>328</sup>. Pirmiausia medikai susirūpino vis blogėjančia visos sveikatos sistemos ir savo pačių padėtimi. Nors Lietuvos sveikatos koncepcijoje ir buvo keliamas tikslas, kad gyventojai dalyvautų priimant sveikatos politikos sprendimus, deja, nebuvo

<sup>326</sup> Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 17–19, 56–88 ir 190–199.

<sup>327</sup> *Ibid.*, p. 244.

<sup>328</sup> Jankauskienė, D. Nuo sveikatos apsaugos reformos biuro idėjų iki restruktūrizavimo programos. Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai. *VIII Lietuvių tauta ir pasaulis*. Vilnius: Seimo leidykla „Valstybės žinios“, p. 17–39.

profesionalios patirties, kaip juos įtraukti į šios politikos įgyvendinimą. Nors 1992 m. visų partijų Seimo narių programose buvo kalbama ir apie sveikatos reformą, šiuo veiksniu nepasinaudota. Tai iš dalies galima pateisinti, nes tuo metu medikai, ypač vadovai, ekonominės ir socialinės krizės ir įtemptos politinės padėties sąlygomis daug laiko atidavė besirūpindami paprasčiausiu sveikatos priežiūros įstaigų išgyvenimu. Teko rūpintis labdara, todėl trūko laiko sveikatos reformos reikalams.

Naujų galimybių sveikatos politikos raidai suteikė labai svarbi rezoliucija, priimta 1989 m. Lietuvos gydytojų draugijų sąjungos VI atkuriamajame suvažiavime. Remdamiesi šia ypač reikšminga rezoliucija, medikai išsipareigojo plėtoti naują Lietuvos sveikatos koncepciją pagal naujosios visuomenės sveikatos principus, kuriuos pateikė Pasaulio sveikatos organizacija (PSO)<sup>329</sup>. 1990 metais buvo parengtas leidinys „Lietuvos sveikatos ataskaita-1990“. Duomenų šiam darbui kaupimas, publikavimas padarė lemiamą įtaką viešinant pesimistinę ateities Lietuvos gyventojų sveikatos būklės prognozę. Leidinyje buvo akivaizdžiai parodyta esminių sveikatos apsaugos pokyčių būtinybė atsižvelgiant į politinius, socialinius ir ekonominius pokyčius. Šie ypač veikia gyventojų sveikatos būklę.

Lietuvos medikai pradėjo plačias diskusijas apie sveikatos priežiūros sistemos pertvarką, pabrėždami bendruosius būsimos sveikatos politikos aspektus: pereiti nuo finansavimo iš smunkančių mokesčių prie finansavimo iš sveikatos draudimo įmokų apmokant sveikatos priežiūros įstaigoms pagal principą „pinigai seka paskui pacientą“, atskirti valstybinį Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus administravimą nuo Sovietų Sąjungos administravimo, sukuriant Lietuvos nacionalinę sistemą, nuosekliai atsisakyti finansavimo pagal šamatas, pertvarkyti pirminę sveikatos priežiūrą ir kt.

Svarbų vaidmenį tuomet suvaidino PSO koncepcija „Sveikata visiems-2000“, reikalavusi Lietuvos politikų reakcijos į šią strategiją, ir vėliau naujas Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentas „Sveikata XXI amžiuje“<sup>330</sup>.

Sveikatos apsaugoje reforma įteisinta 1991 m. spalio 30 dieną, Seimui patvirtinus Nacionalinę sveikatos koncepciją. Vyravo nuomonė, kad Lietuvai pereinant prie savarankiškos ekonomikos, keičiantis jos struktūrai ir valdymui, bendras vartojimo lygis kurį laiką mažės. Kadangi sveikata – gyvybinis tautos egzistavimo poreikis, būtina, kad galimų ekonominių sukrėtimų laiko-

<sup>329</sup> *Ibid.*

<sup>330</sup> *Sveikata visiems XXI amžiuje*. Vilnius: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, 1999.

tarpiu realus sveikatos apsaugai naudojamų išteklių dydis nesumažėtų<sup>331</sup>. Deja, Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 1990–1995 m. išlaidos vieno gyventojų sveikatos apsaugai pereinamuoju laikotarpiu sumažėjo apie 40–60 proc. Užtruko penketas metų, kad būtų atstatytas šis sumažėjimas. Konceptijoje buvo išreikštas Vyriausybės siekis įgyvendinti aktyvią sveikatos politiką ir pirminę sveikatos priežiūrą bei ligų prevenciją, taip pat sveikatos ugdymą, mokymą ir tausojimą, įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą, sukuriant finansavimo sistemą, grindžiamą ne tik bendraisiais surinkamais mokesčiais, bet ir sveikatos draudimo lėšomis. Lietuvos Respublikos Seimas pageidavo, kad būtų parengta Lietuvos sveikatos programa kaip šios koncepcijos vykdymo dokumentas. Deja, programa pradėta rengti gana vėlai – tik 1996 m., o patvirtinta tik 1998 m.<sup>332</sup> Šiuo laikotarpiu ypač išryškėjo Lietuvos aukščiausio lygio politikų ir pareigūnų naujosios visuomenės sveikatos teorijos ir praktikos mokymo būtinybė, nes naujos sveikatos politikos teorijos principus perprato toli gražu ne kiekvienas.

Kai Lietuvai atsirado galimybė gauti techninę pagalbą iš Europos Bendrijos PHARE programos, Sveikatos apsaugos ministerija paprašė parengti sveikatos politikos ir strategijos struktūrą, kuri turėtų būti grindžiama PSO „Sveikata visiems-2000“ programos principais. Prof. V. Grabauskas straipsnyje „Sveikatos politikos Europoje vystymosi analizė: padėtis Lietuvoje“ rašė: „*Labai svarbus žingsnis sveikatos reformos srityje buvo naujai mąstančių Sveikatos politikų atsiradimas.*“<sup>333</sup>

Deja, kol nebuvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kaip Nacionalinės sveikatos koncepcijos įgyvendinimo strategija ir priemonių planavimo pagrindas, bei sveikatos srities įstatymai, užtikrinantys sveikatos politikos tęstinumą, kiekviena nauja Lietuvos Respublikos Vyriausybė savaip interpretavo Sveikatos koncepciją ir savo programose kėlė vis kitus sveikatos reformos tikslus<sup>334</sup>.

<sup>331</sup> LR Aukščiausiosios Tarybos nutarimas Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo 1991 m. spalio 30 d., Nr. I-1939. *Valstybės žinios*. 1991-11-30, Nr. 33-893.

<sup>332</sup> Lietuvos sveikatos programa. *Valstybės žinios*. 1998-07-17, Nr. 64-1842.

<sup>333</sup> Grabauskas, V. Sveikatos politikos Europoje vystymosi analizė: padėtis Lietuvoje. *Pasaulio sveikatos organizacijos dok.* 1996.

<sup>334</sup> Jankauskiene, D. Medical problems in the candidate countries and difficulties encountered by health workers. Socio-political and health care challenges. *European Parliament. Public health and consumer policy aspects of enlargement*. 2000, p. 14–18.

1993 m. buvo įsteigtas Sveikatos apsaugos reformų biuras. Jo steigėjai tuomet rašė: „*Mūsų sparčiai į demokratiją žengiančioje valstybėje visi siekiame, kad kiekvieno žmogaus nuomonė būtų išgirsta, bet taip pat norime, kad kiekvienas savo nuomonę reikštų atsakingai. Žmonės turi būti gerai informuoti, suprasti ir išmanyti, apie ką kalbama. O nuomonę dėl savo didžiausios vertybės – sveikatos – galime ir turime pareikšti visi, taigi, ir dalyvauti sprendžiant, kokios sveikatos apsaugos norėtume.*“<sup>335</sup>

Formuojantis Lietuvos sveikatos politikai ir strategijai, neišvengta nuomonių įvairovės. Tai rodo, kad Lietuva pasirinko nors ir ilgesnį (priešingai nuo Estijos), bet mokslininkų pagrįstą ir Lietuvos medikų bei organizatorių diskusijose visapusiškai apsvaistytą sveikatos reformos kelią. Šių modernios sveikatos politikos pagrindų įtvirtinimas sveikatos sistemą reglamentuojančiuose teisės aktuose užtikrino, kad Lietuvos sveikatos politika būtų suformuota remiantis pagrindiniais jos principais, teisingumu, prieinamumu, priimtumu, tęstinumu, solidarumu, visapusiškumu, laisvu piliečių pasirinkimu. Medikų nuomonės skyrėsi, kaip ši politika turi būti įgyvendinama. Išryškėjo nuosaikių ir radikalių reformų šalininkai. Priimant sprendimus atsižvelgta į tai, kad planuoti ilgalaikės reformos strategiją ekonominės, politinės ir socialinės krizės metu yra sunku, todėl pasirinktas nuosaikis sveikatos apsaugos reformos vykdymo variantas – negriauti ir neardyti buvusios sistemos, bet pamažu ją pertvarkyti – iš pradžių remiantis išbandytais vietos iniciatyvomis, o vėliau, priėmus reikiamus įstatymus, – nacionaliniu mastu.

Pirmiausia buvo suformuotos už sveikatos politiką atsakingos struktūros. Sveikatos politika tapo ne vien Sveikatos apsaugos ministerijos atsakomybe. 1998 m. įsteigta Nacionalinė sveikatos taryba. Tai Lietuvos Respublikos Seimui atsiskaityti privalanti sveikatos politikos koordinavimo institucija, kuri teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklių, Lietuvos sveikatos programos ir kitų valstybinių sveikatos programų, rengia ir kasmet teikia Seimui *pranešimą* apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę. Taip aukščiausiu valstybės lygmeniu yra užtikrinama informacija visuomenei ir jos išrinktiems nariams apie sveikatos politikos įgyvendinimą ir jos tiesioginius rezultatus gyventojų sveikatai. Lietuvos

---

<sup>335</sup> Jankauskienė, D. Nuo sveikatos apsaugos reformos biuro idėjų iki restruktūrizavimo programos. Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai. *VIII Lietuvių tauta ir pasaulis*. Vilnius: Seimo leidykla „Valstybės žinios“, p. 17–39.

Respublikos sveikatos sistemos įstatymas nustatė Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos sritis bei formavimo principus<sup>336</sup>. Nacionalinė sveikatos taryba sudaroma ir veikia pagal Seimo patvirtintus *nuostatus*. Nacionalinę sveikatos tarybą sudaro 17 narių: iš Lietuvos savivaldybių asociacijos deleguotų savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų atstovų, iš visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, atstovų, iš visuomenės sveikatos ir kitų specialistų.

Regioniniu arba apskričių lygmeniu įkurta Apskritis gydytojo tarnyba. Tai viešojo administravimo institucija apskrities struktūroje, sudaryta iš valstybės tarnautojų, atsakingų už asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros koordinavimą apskrityje. Jų pagrindinis tikslas tvarkyti sveikatinimo reikalus apskrityje, organizuoti sveikatos priežiūros planavimą ir paslaugų užtikrinimą, įgyvendinant Vyriausybės sveikatos politiką užtikrinti gyventojų sveikatos saugojimą, tausojimą ir gerinimą.

Savivaldos lygmeniu veikia Savivaldybės gydytojo tarnyba, atsakinga už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą savivaldybėje. Šio valstybės tarnautojo uždaviniai: įgyvendinti savivaldybėje valstybės sveikatos politiką; dėti savivaldybės įmonių, įstaigų ir organizacijų veiklą, įgyvendinant sveikatos programas; organizuoti įmonių, įstaigų, organizacijų, esančių savivaldybės teritorijoje, sanitarinę priežiūrą; koordinuoti asmens, visuomenės sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos įstaigų veiklą savivaldybės teritorijoje. Šiuo laikotarpiu yra svarstoma, ar pasiteisino šių struktūrų sukūrimas. Tačiau, vienaip ar kitaip, kompetentinga sveikatos politikos įgyvendinimo reikalus koordinuojanti institucija yra reikalinga atitinkamais valstybės valdymo lygiais.

Iki 2000 m. sveikatos politikos formavimas bei jos rezultatai, kuriuos atspindi gyventojų sveikatos rodikliai, vyko gana sklandžiai: standartizuoti pagal amžių gyventojų mirtingumo rodikliai 1994–2000 m. praktiškai nuo visų pagrindinių mirties priežasčių išpūdingai mažėjo. Tam darė įtaką ir sveikatos sektoriaus pastangos, ypač motinos ir vaiko bei perinatalinių ligų profilaktikos, imunoprofilaktikos, diabeto kontrolės ir kitose programose. Deja, vėliau sveikatos sektoriaus finansavimas ėmė smarkiai atsilikti nuo BVP kilimo tempų, todėl sveikatos sektorius, veikdamas bendroje valstybės ūkio kainų bei pasaulio sveikatos technologijų vystymosi aplinkoje, susidūrė su ryškia įtampa finansinių išteklių srityje. Sveikatos programos, susijusios su ligų profilaktika bei sisteminiėmis pertvarkomis, buvo pernelyg menkai finansuojamos. Kitų,

---

<sup>336</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 67 str. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 109-2995.

ne sveikatos, sektorių veikla sveikatinimo srityje tuo laikotarpiu taip pat nė kiek nesuaktyvėjo. Be to, pastaruoju metu nuo 2003 m. neigiama linkme pasikeitė šalies demografiniai rodikliai, įtaką darė jaunų žmonių emigracija. Gyventojų mirtingumo, o kartu ir vidutinės gyvenimo trukmės rodikliai ėmė blogėti. Nerimą kelia, kad šis blogėjimas tik iš dalies susijęs su gyventojų senėjimu. 2006 m. Seimui pristatytame Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime pabrėžiama, kad apmaudu, jog buvusios teigiamos gyventojų sveikatos tendencijos po 2000 m. pakrypo neigiama linkme, ir įspėta, jog sveikatos sektoriaus galimybės tai koreguoti savomis jėgomis senka.

Sveikatos politikai stiprią įtaką daro ne tik sveikatos sistemos vidaus, bet ir išorės veiksniai. Žinoma, jeigu būtų nagrinėjamos atskiros sveikatos politikos sritys, kaip, pvz., alkoholio, tabako, narkotikų vartojimas, traumatizmo profilaktika, jose būtų galima išvelgti gana daug sveikatos politikos klaidų, ypač alkoholio politikoje.

2007 m. teikiamame Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime Seimui pagal atskirą metodiką, taikytą Europos Sąjungos sveikatos priežiūros tyrimo programoje, kuriai vadovavo mokslininkas prof. W. Hollandas, pateikiami duomenys apie Lietuvos gyventojų išvengiamo mirtingumo įtaką vidutinei tikėtinaai gyvenimo trukmei. Daroma išvada, kad išvengiamo mirtingumo aspektu po 2003 m. sveikatos priežiūros veiksmingumo rodikliai arba mirtys nuo ligų, kurias buvo galima pagydyti (5–64 m. gyventojų tuberkuliozės, gimdos kaklelio piktybinių navikų, apendicito, išvaržų, tulžies pūslės akmenligės, 5–44 metų lėtinės reumatinės širdies ligos, bronchinės astmos, 35–64 metų hipertenzinės ligos ir smegenų kraujotakos sutrikimų, 1–14 metų kvėpavimo sutrikimų, 5–64 metų Hodžkino ligos), darė mažiau įtakos Lietuvoje nei sveikatos politikos veiksmingumo, t. y. mirtys nuo ligų, kuriomis galima užkirsti kelią prevencinėmis priemonėmis, rodikliai (dėl trachėjos, bronchų ir plaučių vėžio, susijusių su rūkymu, kepenų cirozės, susijusių su alkoholio vartojimu ir traumų, susijusių su transporto įvykiais)<sup>337</sup>. Žinoma, vien šiais duomenimis remiantis suabsoliutinti ir pasakyti, kad sveikatos politika šiuo laikotarpiu buvo neteisinga, būtų netinkama, nes mirtingumui įtaką daro ilgalaikiai veiksniai. Tačiau akivaizdu, kad trumpu laikotarpiu padidėjęs mirtingumas nuo traumų, ypač jaunų žmonių, yra klaidingos sveikatos politikos, už kurią atsako ne vien Sveikatos apsaugos ministerija, padarinys. Iki 2007 m. alkoholio, tabako politiką veikiančys įstatymai buvo gerokai liberali-

<sup>337</sup> *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007*. Vilnius, 2008, p. 10–24.

zuoti. Tai paskatino šių žalingų veiksnių paplitimą visuomenėje. Traumatizmo profilaktika susirūpinta taip pat tik po 2006 m., todėl jos rezultatų dar teks palaukti, nors po truputį jau matomi pirmieji rezultatai.

*Apibendrinant sveikatos politikos formavimo istoriją, galima teigti, jog pasirinkta sveikatos politika ir sveikatos reformos strategija Lietuvoje, palyginti su kitomis šalimis, buvo moksliskai pagrįsta ir tarptautinėje erdvėje gerai įvertinta, tačiau ją įgyvendinant buvo gana daug neišspręstų problemų ir blaškymosi, ypač alkoholio ir traumatizmo profilaktikos srityje. Iki 2000 metų sveikatos politikos sprendimai teigiamai atsispindėjo gyventojų sveikatos rodiklių rezultatuose: gyventojų mirtingumas beveik nuo visų ligų gerokai sumažėjo. Po 2001-ųjų gyventojų sveikatos rodikliams lemiamą įtaką turėjo gyventojų senėjimo ir emigracijos, sveikatos sektoriaus finansavimo bei kitų, ne sveikatos sektorių, veiklos neefektyvumas: alkoholio, tabako, traumatizmo profilaktikos politika, kuriems sveikatos sektorius reikiamos lyderystės neužtikrino. Formuojant sveikatos politiką dalyvavo daugiausia medikai. Pradžioje gyventojai menkai dalyvavo priimdami sprendimus. Tik pastaruoju laikotarpiu piliečių dalyvavimas šioje veikloje suaktyvėjo. Nuolatinė valdžios pareigūnų kaita neužtikrino nuoseklaus sveikatos reformos tęstinumo, neišvengta blaškymosi įvairiose srityse. Tačiau pagrindinių konceptualių dokumentų patvirtinimas Seimo lygmeniu (Nacionalinė sveikatos koncepcija, Lietuvos sveikatos programa, visuomenės sveikatos programos) sudarė sąlygas sveikatos politikai išlikti moksliskai pagrįstose koncepcijose.*

## Sveikatos sistemos ir jos valdymo pertvarkos įgyvendinimas

Sveikatos politikos įgyvendinimas kelia daug problemų visose valstybėse, ir todėl nuolat tyrinėjamas. Ekonomiškai labiau išsivysčiusios valstybės paprastai daugiau dėmesio skiria savo piliečių sveikatai ir socialinei būklei. Tai bendra tendencija ne tik Europoje.

**Valdymo pertvarkos:** Į Nepriklausomybę Lietuva įžengė turėdama Seimaškos sveikatos apsaugos organizavimo modelį, be privalumų turintį ir nemažai trūkumų. Šie trūkumai buvo susiję su ribotais savais ištekliais, o tai labai pasireiškė pirmaisiais nepriklausomos Lietuvos metais. Brangi, centralizuoto valdymo, neskatinanti vietos valdžios iniciatyvos ir atsakomybės, be

sveikatos įstatymų, ypač specializuota, ydingai ir nepakankamai finansuojama, medikų mažų atlyginimų sistema aiškiai rodė pertvarkos poreikį<sup>338</sup>. Atkreiptas dėmesys į nepakankamą sveikatos mokymą, sveikos gyvensenos trūkumą bei ligų profilaktiką. Kartu pabrėžtas ir prastų medicinos technologijų, taip pat medikų žinių trūkumas. Ir socialinės, ir medicininės problemos lėmė spartų natūralaus gyventojų prieaugio smukimą, kūdikių mirtingumo, jautriausio socialinio ekonominio sveikatos rodiklio, 1992 m. padidėjimą iki 16,4 / 1000-čiai gyvų gimusių naujagimių (ekonomiškai išsivysčiusiose valstybėse jis tuomet tebuvo apie 6 / 1000). Žinoma, prie rodiklio staigaus padidėjimo prisidėjo ir naujai patvirtinta kūdikių mirtingumo skaičiavimo metodika, registruojant mirusius nuo 500 g kūno masės ir 22 nėštumo savičių naujagimius (anksčiau buvo fiksuojamos mirtys tik nuo 1000 g ir nuo 28 nėštumo savičių). Tačiau ir įvertinus šios naujosios tvarkos atliktas pataisas, akivaizdu, jog kūdikių mirtingumas vis dėlto padidėjo. Vidutinė gyventojų, ypač vyrų, gyvenimo trukmė, kurią pradėta lyginti su išsivysčiusių Europos valstybių rodikliu, vertė daryti pesimistines ateities prognozes. Pirmaisiais nepriklausomybės metais sparčiai ėmė gausėti vadinamųjų socialinių ligų – tuberkuliozės, sifilio, gonorėjos atvejų. Sukrėtė gyventojų, ypač kaimo, mirštamumas nuo lėtinio alkoholio, pritrėnkiantis savižudybių skaičius. Išnagrinėti visuomenės sveikatos rodikliai parodė, jog yra didelis piktnaudžiaujančiųjų alkoholiu, rūkančiųjų skaičius, aukštas traumatizmo, nusikalstamumo lygis, blogos darbo sąlygos, nesveika aplinka, netinkama ligų profilaktika ir sveikatos inspekcija. Tai rodė, kad sveikatos apsaugos sistemą reikia iš esmės pertvarkyti. Ekonomistų atliktos analizės rodė, kad sveikatos apsaugos išteklius naudojame neveiksmingai ir netikslingai. Išryškėjo dideli socialiniai-ekonominiai netolygumai<sup>339</sup>. Pvz., 1994 m. skirtų lėšų vienam gyventojui santykis įvairiuose rajonuose skyrėsi daugiau nei du kartus, o aprūpinimas gydytojais, slaugos personalu bei lovomis buvo vos ne du kartus didesnis Lietuvoje nei išsivysčiusiose Europos valstybėse. Ketvirtadalis lovų mūsų šalyje buvo nenaudojamos. Ligoninės, ypač kaimo vietovėse, buvo labai prastai aprūpintos medicinos aparatūra ir įranga, medicinos technologijos 20–30 metų atsilikusios nuo kitų Vakarų išsivysčiusių šalių.

<sup>338</sup> Jankauskienė, D. Sveikatos priežiūros reformos poveikio vertinimas: sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*. 2000, Nr. 1, p. 81–91;

<sup>339</sup> Kalėdienė, R. Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų vidutinės būsimos gyvenimo trukmės palyginamoji analizė. *Sociologija: praeitis ir perspektyvos*. Kaunas. 1998, p. 244–248.



1992 m. buvo pradėtas decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymas. 1997–1998 m. įvyko antrasis decentralizacijos etapas, kai didžioji Sveikatos apsaugos ministerijos pavaldumo dalis asmens sveikatos priežiūros įstaigų perduotos į apskrįčių, o kai kurios į savivaldybių priklausomybę<sup>340</sup>. Po šio žingsnio buvo suformuota nauja Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos struktūra. Pagal Sveikatos sistemos įstatymą ji sudaryta iš asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų. Sveikatos apsaugos sistema pagal savo nomenklatūrą iš pagrindų skyrėsi nuo buvusios teritoriniu ir instituciniu principu suformuotos Semaškos sveikatos sistemos valdymo.

Tolimesniam sveikatos sistemos vystymui buvo pasirinktas įrankis – veikti jos efektyvumą pirmiausia per finansavimo paskatas, pasirenkant mišrią („biudžetinę ir draudžiamąją“) finansavimo sistemą, kurioje esminį vaidmenį vaidina privalomojo sveikatos draudimo sistema.

Reformos centre pereita prie šeimos gydytojų pirminės sveikatos priežiūros (PSP) modelio, keičiant gydytojų specialistų specializuotos pagalbos organizavimą į holistiniu principu paremtą bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų priežiūrą. Tam reikėjo pakeisti visą bendrosios praktikos gydytojų rengimo sistemą ir ambulatorinės pagalbos sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą. Šalyje, kaip ir visoje Europoje, sparčiai augant psichinės sveikatos sutrikimams, prie pirminės sveikatos priežiūros grandies imta kurti psichikos sveikatos centrus ar PSP padalinius, kuriuose pradėta teikti kvalifikuota psichikos sveikatos priežiūra. Pamažu imta rūpintis psichikos ligonių užimtumu ir socialinės reabilitacijos klausimais.

Visuomenės sveikatos politikai vystyti ir ryšiams bendruomenėje skatinti sukurtos savivaldybėse bendruomenių sveikatos tarybos, atsakingos už vietos visuomenės sveikatos programų koordinavimą savivaldybėje. Sukurtas ir bendruomenės sveikatos fondas, iš kurio buvo finansuojamos sveikatos programos. Tačiau ilgainiui buvo nuspręsta fondo atsisakyti, paliekant tik specialiąją savivaldybės visuomenės sveikatos programą. Taigi dėmesys sveikatinimo veiklai bendruomenėse ir savivaldybėse tebėra nepakankamas. Savivaldos galimybės tvarkyti sveikatos reikalus vietiniu lygmeniu dėl daugelio priežasčių, užprogramuotų pačiame savivaldos organizavime, yra ribotos.

---

<sup>340</sup> SAM 1997 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. 359 „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 37-1624.

Nepaisant spartaus medicinos technologijų diegimo tempo Lietuvoje, svarbus trūkumas įgyvendinant sveikatos politiką buvo sprendimas atidėti visuomenės sveikatos sektoriaus reformą. Priešingai nei asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurių esminė restruktūrizacija pradėta tik 2005 metais, visuomenės sveikatos priežiūros sistema buvo pertvarkoma keletą kartų, tik keičiant sveikatos priežiūros įstaigų struktūrą ir mažai rūpinantis personalo gebėjimais. Iš šios sistemos darbuotojų buvo tikimasi lyderiavimo telkiant bendruomenes, vystant stambius judėjimus, ir skatinant kitas žinybas veiksams už sveikatos ugdymą bei ligų profilaktiką. Tarpžinybinio bendradarbiavimo poreikis tapo daugiau medikų deklaracija, nes jam užtikrinti reikalingos vadybinės pastangos ir labai konkretus kasdienių pastangų ir atkaklumo reikalaujantis darbas. Tuo tarpu pati visuomenės sveikatos įstaigų struktūra buvo ir toliau tebeformuojama daugiau visuomenės sveikatos kontrolei užtikrinti, sutelkiant galias ir dėmesį centrinės ir regionų pavaldumo visuomenės sveikatos įstaigoms. Nuo visuomenės sveikatos veiklos buvo visiškai nušalintos savivaldybės. Tik 2007 m., pakeitus Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą, atsirado Visuomenės sveikatos biurai savivaldybėse, jiems suformuota bendruomenės telkimo bei sveikatinimo veiklos koordinavimo misija. Biurams trūksta kvalifikuotų ir lyderiauti pasiruošusių kadru. Ruošiant specialistus visuomenės sveikatos tarnybai su biomedicininio požiūrio į visuomenės sveikatą dominante, visuomenės sveikatos reforma ir toliau gana sunkiai skinsis sau kelią. Būtina su bendruomenėmis savivaldybės įstaigose dirbsiančius specialistus rengti taip, kad jie įgytų sveikatos politikos, valdymo, viešojo administravimo, sveikatos teisės ir ekonomikos žinių ir gebėjimų.

**Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.** Įgyvendinant sveikatos politiką labai svarbus vaidmuo buvo skiriamas sveikatos paslaugų kokybei vertinti ir matuoti. 1990–1998 m. atlikti moksliniai tyrimai parodė, kad visuomenė labai susirūpinusi teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso nuo medicinos technologijų, kurių atnaujinimas brangiai kainuoja, medikų žinių ir darbo organizavimo. Nuo 1998 m. valstybės mastu praktiškai pradėtos įgyvendinti kai kurios sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priemonės. 1998 m. spalio 6 d. išleistas SAM įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito“<sup>341</sup>. Šiuo įsakymu sveikatos

<sup>341</sup> Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 89-2469.

priežiūros įstaigos šalia įstatymais numatyto gydytojų ir įstaigų licencijavimo privalėjo įsisteigti lokalaus medicinos audito tarnybas ir sukurti kokybės kontrolės sistemą įstaigose. Tačiau reikia pabrėžti, kad kokybės vadybos žinių sveikatos priežiūros įstaigos lig šiol stokoja, todėl Valstybinės medicinos audito inspekcijos tyrimai rodo, jog kokybės užtikrinimo sistema Lietuvoje dar neveiksminga. 2004 m. rugsėjo 14 d. SAM išleido įsakymą Nr. V-642, kuriuo patvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programą<sup>342</sup>. Lietuvai pavyko po Nepriklausomybės paskelbimo ženkliai sumažinti medicinos technologijų kokybės atotrūkį nuo kitų išsivysčiusių valstybių. Tam pririekė didelių sąnaudų, dažnai aukojant net medikų darbo užmokesčio kėlimo galimybes.

2008 m. atlikto sociologinio tyrimo metu 64 proc. visuomenės (tik keletu procentų daugiau nei 2000 m.) buvo patenkinti sveikatos paslaugų kokybe<sup>343</sup>. Tačiau norint gerinti paslaugų kokybę, reikia kur kas didesnio dėmesio.

**Finansavimo pertvarka.** Nuo 1996 m. Lietuvoje pradėta taikyti mišraus finansavimo sistema, kurios didžiąją dalį sudaro privalomojo sveikatos draudimo mokesčiai, apie trečdalį sudaro tiesioginės gyventojų išlaidos ir nedidelę dalį – valstybės ir savivaldybių biudžeto asignavimai.

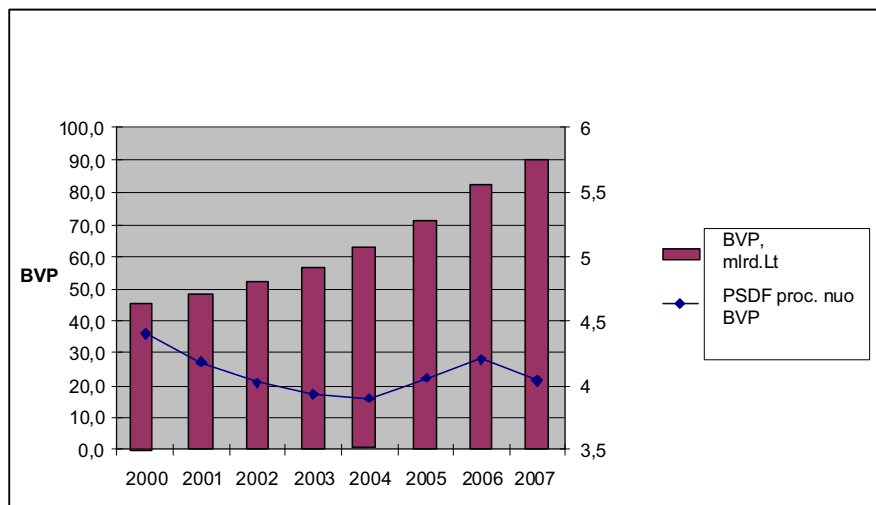
Visos lėšos, kuriomis disponuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sektorius, 2007 m. sudarė apie 6 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP), iš kurio visuomeninio finansavimo dalis buvo 4,3 proc. nuo BVP. Bendrajam vidaus produktui Lietuvoje tendencingai kasmet didėjant, sveikatos draudimo fondo biudžete šios tendencijos nebuvo (1 pav.). Tai sudarė rimtas kliūtis planuojant sveikatos priežiūros pertvarkas ir sveikatos priežiūros paslaugų kainas.

Visuomeninio finansavimo dalis daugiausia yra dengiama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto (PSDF). PSDF 2007 m. sudarė 3,640 mlrd., 2008 m. – 4,386 mlrd., o 2009 m. – 4,388 mlrd. litų. Sveikatos draudimo įstatyme numatytas ir papildomas privatus sveikatos draudimas, tačiau Lietuvoje jis nėra populiarus, juo naudojasi tik nedidelė, daugiausia stambių ar užsienio kapitalo įmonių darbdavių apdrausta gyventojų dalis. Tiesioginės gy-

<sup>342</sup> SAM 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144- 5268.

<sup>343</sup> Jankauskienė, D., et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, 3:10–19.

ventojų išlaidos sveikatai 2007 m., namų ūkio tyrimų duomenimis, Lietuvoje sudarė 1,4623 mrd. Lt., arba 1,5 proc. nuo BVP.



**1 pav.** Bendrojo vidaus produkto ir privalomojo sveikatos draudimo fondo augimo 2000–2007 metais palyginimas.

Finansavimo pertvarkymas – tai vienas iš būdų, padedančių vykdyti sveikatos reformos iškeltus tikslus. Bendras sveikatos priežiūros finansavimo mastas (visuomeninis ir privatus) atitiktų Europos Sąjungos šalių praktiką, jei sudarytų mažiausiai 8–9 procentus bendrojo vidaus produkto. Tai gana ryškūs skirtumas nuo tikrovės, akivaizdžiai veikiančios sveikatos reformos rezultatus.

Apibendrinant sveikatos priežiūros politikos ir valdymo reformą, kai ji įgyvendinama po 1991 m. Nacionalinės sveikatos koncepcijos patvirtinimo, galima išvardyti šiuos pagrindinius žingsnius:

- Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimas (1992, 1997);
- Medicinos specialistų rengimo pertvarka universitetuose (1992);
- Sveikatos informacinės sistemos pertvarkymas (1993);
- Darbo komandoje patirties atsiradimas (1993) (SARB);
- Sveikatos draudimo finansavimo sistemos kūrimas (1993–1996);

- Programinio finansavimo ir valdymo atsiradimas (1993);
- Nacionalinės sveikatos sistemos struktūros paskelbimas (1994 m. Sveikatos sistemos įstatyme);
- Visuomenės sveikatos vadybos programos atsiradimas KMU (1998);
- Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų ir jų viešojo administravimo formų atsiradimas (1996);
- TLK – apskričių gydytojo ir savivaldybės gydytojo bendradarbiavimo priemonių atsiradimas (1998) (TLK stebėtojų tarybos);
- Sveikatos kokybės užtikrinimo elementų atsiradimas – lokalaus medicinos audito tarnybos įstaigose (1998);
- Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų, LRV sveikatos reikalų komisijos, Nacionalinės sveikatos tarybos įkūrimas (1998–2000);
- Sveikatos politiką koordinuojančių institucijų įkūrimas (nuo 1998 m.);
- Pirminės sveikatos priežiūros valdymo pertvarka ir PSP plėtros planų savivaldybėse patvirtinimas (nuo 1995 m.);
- Nacionalinės vaistų politikos nuostatos (2003 m. patvirtintos Seime);
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas (Strategija patvirtinta LRV 2003 m.);
- Profilaktinių sveikatos programų, finansuojamų iš PSDF, įgyvendinimo pradžia (2005);
- Visuomenės sveikatos strategijos ir naujų įstatymų priėmimas (2006–2007);
- Konkurencinių sąlygų tarp SP įstaigų įtvirtinimas (2008–2009);
- Atskiro draudimo mokesčio piliečiams įvedimas (2009).

*Įvertinus sveikatos apsaugos finansavimo makroekonominis bei mikroekonominis rodiklius, būtų galima teigti, jog sveikatos apsaugos finansavimo pertvarka paskatino sveikatos priežiūros įstaigas tikslingiau planuoti ir panaudoti lėšas, suteikiant joms savarankiškumą. Tačiau šis savarankiškumas buvo sąlyginis, nes vyravo griežtas paslaugų kainodaros mechanizmas nustatant bazines kainas, t. y. ne rinkos, o valstybės reguliuojamas kainas sveikatos priežiūros įstaigoms. Jos, įvairiais vertinimais, tesudarė 60–80 proc. realios paslaugų kainos vertės. Per vėlai buvo panaudota ir kita galima vadybinė priemonė sistemos efektyvumui pasiekti, pvz., sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, planuojant sveikatos priežiūros įstaigų kiekį ir struktūrą regioniniu ir savivaldybių mastu. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programa patvirtinta tik 2003 m. pabaigoje. 2004-ieji buvo skirti regionų planams sukurti. Todėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo procesas prasidėjo tik 2005 m. ir jos ryš-*

*kesniais rezultatais bus galima pasidžiaugti daug vėliau. Dėl nepakankamo gyventojų dalyvavimo sveikatos sistemos procese ir dėl politinės valios stokos vargu ar galima tikėtis, kad greitai padidės sveikatos apsaugos finansavimas (kad prilygtų ES valstybių išlaidų vidurkiui). Todėl kelias, vedantis realių sveikatos paslaugų kainų nustatymo link, būtų privačių sveikatos priežiūros įstaigų lyginamojo svorio didinimas ir lygių konkurencijos sąlygų su valstybinėmis sveikatos priežiūros įstaigomis nustatymas. Tai sudarytų natūralų rinkos spaudimą spęsti sveikatos paslaugų kainodaros ir papildomo sveikatos draudimo klausimus. Būtina investuoti į ligų profilaktiką per svaresnį profilaktinių sveikatos programų rėmimą ir jų įgyvendinimo kontrolę.*

## Sveikatos politikos ir jos įgyvendinimo vertinimas ir problemos

Sveikatos politikos įgyvendinimas Lietuvoje yra tiesiogiai susijęs su sveikatos sistemos reforma arba sveikatos sistemos pertvarka. Sveikatos sistemos reforma – tai nuolatinis procesas, kurio tikslas pasiekti teigiamų pokyčių nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą bei kitus veiksmus, nukreiptus į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir įstatymų įgyvendinamųjų teisės aktų vykdymą<sup>344</sup>. Sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros išteklių keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą. Tai daugiausia įgyvendinama per funkcijų, atsakomybės pokyčius, sprendimų priėmimą.

Esminės sveikatos reformos valstybėje pradedamos vykdyti tada, kai sveikatos sistema ima nebetenkinti vartotojų poreikių, kai sistema tampa ekonomiškai neveiksminga dėl per didelių jos sąnaudų, kai sveikatos sistemos valdymas nebeatitinka siekiamų tikslų ir dėl to yra neteisingas, kai sistema nesprendžia esminių jos problemų. Sveikatos sistemos reforma apima visus ir visų rūšių sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjus, visas programas, institucijas ir administracines teritorijas ir vyksta tam tikrą laikotarpį visoje šalyje. Tai

<sup>344</sup> Jankauskienė, D. Sveikatos priežiūros reformos poveikio vertinimas: sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*. 2000, 1:81–91.

apgaltas, suderintas, suplanuotas procesas, užtikrinantis ateities pastovumą, o ne staigus, greitas ir trumpalaikis pasikeitimas. Šis procesas siekia surasti sprendimus pagrindinėse vis naujai išryškėjančiose sveikatos apsaugos problemose visoje šalyje, įtraukiant į problemų sprendimą visus sistemos veikėjus, partnerius, institucijas ir suinteresuotas grupes. Nors daugelis problemų ir atrodo gana techninio (specialistų išsprendžiamo) pobūdžio, sprendimai dažniausiai reikalauja kur kas daugiau nei vien sveikatos specialistų „tikslių“ atsakymų, nes susiję su pasikeitimų valdymu. Taip yra todėl, jog sveikatos reforma yra visų pirma politinis procesas, nors sakome, kad sveikatos politika turi būti nepolitizuota. Svarbu, jog sistemoje dirbantys specialistai savo darbą atliktų nepriekaištingai ir kokybiškai, kad ir kokias politines pažiūras jie turėtų. Taip pat svarbu, kad sveikatos politikos sprendimus priimančios pareigūnai turėtų pakankamai mokslo įrodymais pagrįstų žinių, kurios leistų atsiriboti tik nuo politine motyvacija pagrįstų sprendimų. Reformos sėkmė priklauso ne tik nuo to, kiek sutaupoma biudžeto, bet ir nuo to, kiek pagerėja žmonių sveikata. Todėl sveikatos reforma arba nacionalinės sveikatos sistemos vystymasis yra nuolatinis procesas su naujai keliamais uždaviniais ir kaskart iškilančiomis naujomis problemomis.

Nuomonę, kad paslaugų vartotojai šiuo metu **nepatenkinti paslaugų kokybe**, formuoja žiniasklaida. Matoma tai ir iš didėjančio visuomenės spaudimo sveikatos sektoriui. Nors atlikti tyrimai rodo, kad 64 proc. gyventojų teigiamai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vis dėlto aukštesnio išsilavinimo ir didesnes pajamas turintys žmonės yra kritiškescni<sup>345</sup>. Lietuvos gyventojų nuomonę apie paslaugų kokybę, palyginti su kitų Europos šalių gyventojų nuomone, pasirodo, kad mūsų valstybės žmonės yra tarp šešių blogiausiai sveikatos paslaugas vertinančių valstybių<sup>346</sup>. Todėl sveikatos paslaugų kokybei turėtų būti skiriamas pagrindinis dėmesys ir ne vien nacionaliniu mastu Kokybės užtikrinimo sveikatos priežiūroje 2005–2010 m. programoje, bet ir pačiose gydymo įstaigose<sup>347</sup>. Labai svarbu spręsti **pirminės sveikatos priežiūros efektyvumo klausimus**. Ankstesniu sveikatos reformos laikotarpiu buvo svarstomi įvairūs pirminės sveikatos priežiūros (PSP) modeliai,

<sup>345</sup> Jankauskienė, D., et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, 3:10–19.

<sup>346</sup> EuroHealth Consumer index 2006. *Health Consumer Powerhouse*, 2008.

<sup>347</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.

sprendžiama, kokia turėtų būti PSP sistema. Dabar svarstoma, kaip įtraukti į PSP socialines paslaugas, taip pat visuomenės sveikatos, psichikos sveikatos paslaugas. Atsiranda ir įvairių finansavimo problemų. Tai spręstųsi, jei *įvestume modernų paciento „atvejo vadybos“ („case management“) modelį. Jis reikštų, kad kiekvienas pacientas šeimos gydytojo grandyje turi bendruomenės slaugytoją arba socialinį darbuotoją, kurie atlieka jo sveikatos būklės vadybininko pareigas ir pataria, nukreipia pacientą arba jam parūpina reikalingų tarnybų pagalbą. Todėl būtina į šeimos gydytojo komandą papildomai įtraukti slaugytojus, socialinius darbuotojus.* Dar vienas svarbus trūkumas yra tai, kad **neveikia paslaugų rinka**. Ji neveikia todėl, kad tam tikra prasme Ligonių kasos daugiau palaiko valstybines sveikatos priežiūros įstaigas. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos šiuo metu neturi didelių šansų vystytis. Reikia sukurti vienodas konkurencijos sąlygas valstybinėms ir privačioms priežiūros įstaigoms.

**Stacionarinė pagalba ėmė tolti nuo kaimo gyventojų.** Sveikatos sistema miestuose vystosi greičiau negu kaimuose. Štai kodėl *vykdant stacionarių restruktūrizaciją, reikėtų atskirai taikyti modelius, tinkamus miesto ir atskirai kaimo vietovėms.* Žmonės nelabai skiria sveikatos ir socialinio sektoriaus ribų, todėl, kol valstybės mastu nepasiekta žymesnių teigiamų socialinių poslinkių kaime, tol stacionarinės pagalbos redukovimas vienodai mieste ir kaime gali stipriai pabloginti kaimo gyventojų sveikatos rodiklius, o jie šiuo metu ir taip yra prastesni.

**Atsilieka visuomenės sveikatos reforma.** Turėtume stipriai susirūpinti, kodėl gyventojų mirtingumo dinamikos kreivė nuo 2001 m. linksta į viršų. Tyrimai rodo, kad tai lemia ne nuo sveikatos sistemos labiausiai priklausančios priežastys. Pagal vidutinę gyventojų būsimą gyvenimo trukmę Lietuva labai atsilieka nuo Europos Sąjungos valstybių, ypač tarp vyrų. Svarbu atkreipti dėmesį į mirties priežastis, kurių galima išvengti. Lietuvoje net devyneriais metais galėtų prailgėti žmonių gyvenimas, jeigu mūsų sistema (ne tik sveikatos) veiktų geriau. Visuomenės sveikatos specialistai turėtų tapti lyderiais bendruomenėse rengiant ir įgyvendinant sveikatinimo programas. Svarbu, kad į visuomenės sveikatos biurų struktūrą įeitų ne tik visuomenės sveikatos specialistai, bet ir profesionalūs vadybininkai, išmanantys sveikatos politiką ir viešąją politiką apkritai, viešąjį administravimą, teisę, ekonomiką, darnų vystymąsi. Tokius specialistus pradėjome rengti Mykolo Romerio universitete.



Visuomenės sveikatos reforma ilgą laiką vyko tik dėl infrastruktūrinių pokyčių. Savivaldybės ir bendruomenės buvo nušalintos nuo visuomenės sveikatos problemų sprendimo. Dabar tikimasi, kad tai padės spręsti besikuriantys Visuomenės sveikatos biurai savivaldybėse, telkdami visuomenę bendruomenių lygmeniu ir vykdydami sveikatinimo programas savivaldos lygmeniu. Tam būtina parengti ne tik visuomenės sveikatos specialistų, bet ir vadybininkų.

**Savivaldos administravime yra gana daug ir didelių problemų**, ypač atsiliepančių sveikatos apsaugai. Mykolo Romerio universitete trejus metus vyko studija apie savivaldos institucijų socialinį politinį veiksmingumą<sup>348</sup>. Buvo domimasi, kiek savivaldos institucijos yra pajėgios įgyvendinti naujosios viešosios vadybos modelį. Modelį, kuriame privataus sektoriaus valdymo priemonės yra taikomos ir viešajame sektoriuje. Tai aktualiausia savivaldos institucijose. Dėl daugelio priežasčių savivaldos institucijos nėra tokios veiksmingos kaip norėtume. Buvo ištirtos ir sugrupuotos priežastys. Pabrėžta, kad labai svarbu savivaldos lygmeniu vadovams turėti vadybos žinių pagrindus, naudoti strateginio planavimo ir modernius struktūros valdymo modelius, skatinti vystyti verslą, taikant viešosios ir privačios partnerystės projektus. Savivalda neveiksminga ir dėl pilietinių iniciatyvų raiškos stokos vietos bendruomenėse, gyventojų nuomonės paisoma nepakankamai, bendruomenės yra neaktyvios. Ryšiai su visuomene yra ne tik sveikatos apsaugos, bet ir bendra savivaldos problema. Pagal teisės aktus savivaldai numatoma vis daugiau funkcijų, tačiau šios nuostatos tampa deklaratyvios. Labiausiai trūksta gebėjimų ir finansinių išteklių, todėl savivaldai numatomi įgaliojimai dažnai negali būti vykdomi. Nustatyta, kad savivaldos institucijų viešojo administravimo įstaigose, savivaldybėse dirbantys pareigūnai yra ypač susiję ir priklauso nuo politikų valios. Jie kur kas didesniu mastu priklauso nuo politikų negu nacionalinio lygmens valstybės tarnautojai. Būdami arčiau gyventojų, jie turėtų greitai išspręsti jų problemas, deja, dėl stiprios politikų įtakos jie to dažnai negali padaryti. Priimant demokratinus sprendimus savivaldybėse ypač svarbūs trys veiksniai: visuomenės, žiniasklaidos ir valdžios demokratijos supratimas, administraciniai tarnautojų gebėjimai ir atvirumas. Todėl šiuos dalykus

---

<sup>348</sup> Puškorius, S., et al. *Savivaldos institucijų socialinis politinis veiksmingumas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006.

pravartu žinoti ir sveikatos apsaugos politikams, numatant, kaip bus vykdomas vienas ar kitas teisės aktas.

Dar viena problema, kurią aktyviai kelia ir Kauno medicinos universiteto mokslininkai, tai yra **sveikatos ir socialiniai-ekonominiai netolygumai**. Prof. habil. dr. Ramunės Kalėdienės atlikto tyrimo duomenimis, socialiniai ir sveikatos netolygumai tarp miesto ir kaimo yra gana ryškūs<sup>349</sup>. 1994 m. gyvenimo trukmės skirtumai tarp vyrų kaime ir mieste buvo 3,5 metų, 1999 m. jie padidėjo net iki 4,72 metų, o 2006-aisiais sumažėjo iki 2,96 metų. Tarp miesto ir kaimo moterų 1994 m. buvo 1,9 metų skirtumas, 1999 m. jis siekė net 2,74 metų, o 2006-aisiais skirtumas padidėjo – 2,31 metų. Žmonių socialinė padėtis, ypač kaime, keičiasi visai ne taip, kaip prognozuota. Štai kodėl turime reaguoti į kaimo gyventojų sveikatos poreikius šiuo metu, numatydami sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijai kaimo teritorijoms savitus uždavinius ir siektinus efektyvumo rodiklius. Pagal dabartinį socialinį ekonominį Lietuvos išsivystymą ir esamus sveikatos rodiklių netolygumus, pasiekti tokių pačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo rodiklių mieste ir kaime yra nerealu.

Kita problema – tai **sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas**. Iš tiesų žiniasklaidoje kartais pasigirsta vienareikšmiškų vertinimų, kad pablogėjo Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoka yra labai kompleksinė. Jis susideda iš daugelio dalykų. Prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų įgyvendintos galimybės gauti vienas ar kitas sveikatos priežiūros paslaugas. Vadinas, jas matuoti ir lyginti galima tik atskirose teritorijose. Apibendrintas prieinamumo matavimas Lietuvoje neparodo realios situacijos pokyčių, nes jis gali iš esmės skirtis įvairiose vietovėse. Be to, prieinamumas yra matuojamas organizacine, komunikacine ir ekonomine prasmėmis. Organizacinio prieinamumo tyrimuose visada žiūrima, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra regione arba savivaldybėje, kiek yra prieinamos paslaugų rūšys, kurios yra numatytos teisės aktuose. Tiriama, ar pakanka specialistų, išteklių, ar technologijų, tarp jų ne tik medicinos technologijų, bet ir vadybinių technologijų, kiek jos yra prieinamos, ar tinkamas darbo laikas, ar yra eilės. Komunikacinis prieinamumas matuojamas atstumu nuo gyvenamos vietos iki sveikatos prie-

---

<sup>349</sup> Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos ir jos priežiūros netolygumai. *Jean Monnet Europos kompetencijos centro seminaras*. Kauno technologijos universitetas Europos institutas, 2008-12-08.

žiūros įstaigos, taip pat kiek prieinamas ir tinkamas viešasis transportas, kitos susisiekimo priemonės, pvz., telefonas, internetas ir panašiai. Ekonominį prieinamumą matuojant lyginame, kiek tenka gyventojams mokėti ir primokėti už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas ir kaip galioja solidarumo principas. Mykolo Romerio universitete pasiūlėme naują vertinimo metodiką, kaip matuoti komunikacinį prieinamumą<sup>350</sup>. Jis aktualus savivaldos lygmeniu. Pasiūlėme geometrinio modeliavimo būdu suskirstyti savivaldybės teritoriją į šešių kvadratinių kilometrų kvadratus ir kiekvienos pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ar kiekvieno jos padalinio aptarnaujamą teritoriją apibrukti trijų kilometrų spindulio apskritimais. Įvertinama, kiek yra uždengto ir neuždengto ploto visos savivaldybės žemėlapyje, suskaičiuojant kiekvieną kvadratą. Kad būtų galima palyginti, tai atlikta Vilniaus raj., Klaipėdos ir Tauragės rajono savivaldybių žemėlapiuose. Skirtumas tarp uždengtų sveikatos priežiūros įstaigų aptarnaujamų ir neuždengtų plotų Vilniaus rajone yra didžiausias, uždengta tik daugiau negu trečdalis teritorijos, Tauragėje irgi daugiau negu trečdalis, o Klaipėdos rajone yra uždengta daugiau kaip pusė teritorijos. Vadinas, Klaipėdos rajono teritorinio prieinamumo ir infrastruktūros atžvilgiu įstaigos yra išdėstytos kur kas tankiau. Komunikacinį prieinamumą vertinti reikėtų irgi kompleksiška, atsižvelgiant ir į gyventojų tankumą, teritorijos miškingumą, kelius ir t. t. Šis geometrinio modeliavimo metodas skirtas komunikaciniam sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui matuoti, galėtų padėti ir planuoti PSP įstaigų infrastruktūrą, priimti sprendimus.

Kalbėdami apie ekonominį prieinamumą dešimties metų laikotarpiu pagal namų ūkio tyrimus, galime palyginti, kiek sveikatos apsaugai tenka išlaidų per mėnesį vienam gyventojui mieste ir kaime bei atskirose teritorijose. Miesto gyventojai pagal pajamų procentą kas mėnesį daugelį metų sveikatos priežiūrai išleido kiek mažiau nei kaimo gyventojai. Tačiau ekonominio prieinamumo prasme jau nuo 2004–2005 m. tiek kaimo, tiek miesto gyventojai išleidžia tą patį pajamų procentą. Žinant, kad kaimo gyventojų pajamos gerokai mažesnės, galima teigti, jog ekonomine prasme kaimo gyventojams sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kiek pablogėjo. Tačiau tai reikėtų tikslinti atskirose gyvenamosiose teritorijose. Papildomos gyventojų išlaidos poliklinikų ambulatorinėje grandyje ir ligoninėse didėja. Ir tai dažniausiai atsitinka dėl to, kad auga išlaidos vaistams. Sveikatos ekonomikos centro ir Atviros Lietu-

---

<sup>350</sup> Pečiūra, R.; Jankauskienė, D.; Gurevičius, R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. *Medicina*. 2006, 42(11):939–943.

vos fondo tyrimas parodė, kad neoficialus mokėjimas gydytojams ir kitam medicinos personalui per pusę sumažėjo, palyginti 1995 ir 2001 metus<sup>351</sup>. Apibendrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, reikia pripažinti, jog lemiamą vaidmenį čia vaidina vietos sveikatos politikos sprendimai.

Sveikatos apsaugos sektorius ypatingą dėmesį turi kreipti į **sveikatos organizacijų kultūrą**. Dilema yra ta, kad medicinos personalas pagal savo išsimokslinimą, t. y. kiek laiko turi mokytis, pirmąją, deją, labiausiai yra kritikuojamas žmonių. Pastaraisiais metais atlikta reprezentatyvi gyventojų apklausa rodo, kad bendradarbiavimą tarp pacientų ir gydytojų teigiamai vertina daugiau nei pusė, t. y. 56 proc. respondentų<sup>352</sup>. Tačiau gydytojų nuomonė apie jų bendradarbiavimą su pacientais reikšmingai skiriasi – net 86 proc. gydytojų mano, kad jie tinkamai bendradarbiauja su pacientais. Vadinas, sveikatos priežiūros organizacijos savo viduje turėtų ieškoti priežasčių, kodėl šie skirtumai tokie dideli. Valdymo požiūriu priežasčių reiktų ieškoti trijose srityse. Pirmiausia **yra nekokybiški** sveikatos organizacijų vystymo **strateginiai planai**, jie yra trumpalaikiai ir apima tik atskiras daugiausia „kietųjų investicijų“ (medicinos įrangos, pastatų renovacijos, aparatūros) reikalaujančias sritis. Trūksta veiksmų nuoseklumo, susiejant investicijas su žmonių išteklių vystymo, organizacijų vystymo bei bendros organizacinės kultūros gerinimo, motyvuojant personalą dirbti komandoje, priemonėmis siekiant visuotinės kokybės gerinimo tikslų. Užtai dirbantis personalas sveikatos priežiūros įstaigoje yra per mažai motyvuotas dirbti, jau nekalbant apie mažą ir nepakankamą darbo užmokestį. Kai kurios sveikatos priežiūros įstaigos apskritai neturi strateginių planų. Pacientams skirta informacija yra labai menka ir ribota. Nacionaliniu mastu atskiros strategijos nekoordinuojamos: tai parengiama restruktūrizacijos strategija, tai įvairios visuomenės sveikatos programos, tačiau tai nesusiejama, pavyzdžiui, kaip pirminė sveikatos priežiūra dera su stacionaro vystymu savivaldybėse.

Rūpesčių kelia vidinė sektoriaus darbo kultūra ir vidiniai darbo ir **pokyčių valdymo gebėjimai**. Tai yra susiję su darbu komandoje ir bendraisiais vadybiniais gebėjimais. Gydant pacientą dalyvauja visa medikų komanda, dirbanti registratūroje, gydytojo kabinete, laboratorijoje, pagalbinių tyrimų kabinetuose, vaistinėje ir t. t. Ji turi dirbti labai darniai. Tačiau medikų vadybi-

<sup>351</sup> Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 283.

<sup>352</sup> Jankauskienė, D., et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, 3: 10–19.

nės žinios yra gana ribotos. Dar viena labai silpna grandis – **ryšiai su visuomene**, kur dirbama aiškiai nepakankamai. Sveikatos sektorius ryšių su visuomene politikos atžvilgiu yra pasyvus stebėtojas, atakuojamas žiniasklaidos ir pasirodantis akiratyje tik tuomet, kai reikia gintis nuo pacientų skundų bei padarytos žalos. Sveikatos paslaugų rinkodara, pradedant nuo paprasčiausios pozityvios informacijos teikimo visuomenėje apie teikiamas paslaugas ir jų rezultatus, labai menka. Užtenka peržvelgti į atskirų sveikatos priežiūros įstaigų internetines svetaines, kad įsitikintum, jog šioje srityje yra didelė spraga.

*Gerinant organizacijos kultūrą svarbu sukurti nuoseklių sveikatos reformos įgyvendinimo planą, susieti visus sveikatos priežiūros organizavimo lygius, kad būtų užtikrintas pagalbos tęstinumas, skatinti gydymo įstaigas siekti kokybės. Sukurti sveikatos priežiūros įstaigų (pradedant ligoninių) kokybės rangavimo sistemą. Organizuoti valdymo gebėjimų ugdymą nuosekliųjų ir nenuosekliųjų studijų būdu. Išvystyti ryšių su visuomene kompanijas nacionaliniu ir įstaigų lygmeniu.*

**Privačių gydymo įstaigų skaičiaus didėjimas šiek tiek sulėtėjo.** Didėja tik pirminių sveikatos priežiūros privačių įstaigų skaičius. Jos yra paprastai mažosios įstaigos. Privataus sektoriaus vystymas sveikatos apsaugos srityje yra labai svarbus. Pirmiausia jis svarbus todėl, kad sveikatos politika valdymo požiūriu pasirinko mišrų tarp Bismarko ir Beveridžo sveikatos apsaugos sistemų organizavimo modelį. Antra, modernioji šiuolaikinė viešoji vadyba apskritai pripažįsta privataus sektoriaus efektyvumo modelius bei valstybinio ir privataus sektoriaus bendradarbiavimo formas. Trečia, turime suprasti, kad mūsų valstybės didžioji dalis ūkio yra privati nuosavybė, ir sveikatos sektorius dirba veikiamas privataus ūkio (pvz., viešieji įvairių paslaugų pirkimai, renovacijos, vaistų ir kitos paslaugos). Deja, privačiam sveikatos sektoriui finansuoti PSDF išleidžiama tik 8 proc. biudžeto. Aišku, galima sakyti, toms mažosioms įstaigoms finansuoti reikia mažiau lėšų, nes jų nedidelis biudžetas, dėl to ligoninių kasos tiek menkai joms skiria pinigų. Tyrimai rodo, kad gyventojai labiau patenkinti privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis. Pati ligoninių kasa tyrinėja ir gauna atsakymus, kad privačiose ambulatorinėse didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigose vienam ligoniui tenka mažiau išlaidų: vaistams, konsultacijoms, siuntimui į stacionarą. Vadinasi, privačios įstaigos lėšas naudoja tikslingiau, o kokybe žmonės labiau patenkinti. Ir tai susiję su reformos siekiniais racionalizuoti paslaugų teikimą. Galų gale valstybė stokoja lėšų sveikatos priežiūros įstaigų investicijoms, kurių poreikis labai didelis. Di-

džiausia privataus sektoriaus įtaka sveikatos apsaugos sistemoje yra odontologijoje ir farmacijoje bei pirminėje sveikatos priežiūroje. Pirminės sveikatos priežiūros politikos ir strategijos bei programos įgyvendinimą paspartintų spartesnė privačios praktikos plėtra. Tuo keliu yra pasukusi Estija, kurios šeimos gydytojo praktikos reforma yra laikoma veiksminga.

*Taigi Lietuvoje įvyko didelių pokyčių kuriant naują sveikatos sistemos valdymo modelį. Visu šiuo laikotarpiu dėl įvairių išorinių ir vidinių priežasčių neišvengta blaškymosi, pasigesta rimto politikų dėmesio šiai labai svarbiai žmonių gyvenimo sričiai. Sveikatos sektorius kol kas savo ištekliais turi kompensuoti kitų sektorių: socialinės apsaugos, švietimo ir mokslo, kelių transporto saugos, aplinkosaugos ir kt. vystymosi spartos spragas. Todėl stokojama didesnės tarpžinybinės veiklos. Lietuvos gyventojai teigiamų pokyčių naudos savo sveikatos rodikliuose kol kas nepajuto. Tačiau sparčiai mažėjantis kūdikių mirtingumas, kaip jautriausias socialinio-ekonominio vystymosi rodiklis, teikia vilčių, jog Lietuvos sveikatos sistema taps kur kas veiksmingesnė ir palankesnė pacientams.*